

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

FACULTÉ DE DROIT

**LES OBSTACLES JURIDICO-POLITIQUES À LA COLLABORATION
INTERPROFESIONNELLE EN SANTÉ ET LA NÉCESSITÉ DE REVOIR
CERTAINS MODES DE GOUVERNANCE PRÉVUS DANS LA LSSSS**

Vanessa Roy

Programme de maîtrise en droit et politiques de la santé

AOÛT 2017

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

FACULTÉ DE DROIT

**LES OBSTACLES JURIDICO-POLITIQUES À LA COLLABORATION
INTERPROFESIONNELLE EN SANTÉ ET LA NÉCESSITÉ DE REVOIR
CERTAINS MODES DE GOUVERNANCE PRÉVUS DANS LA LSSSS**

Par

Vanessa Roy

Étudiante à la maîtrise en droit et politiques de la santé

Essai soumis à la Faculté de droit

En vue de l'obtention du grade de « Maître en droit »

AOÛT 2017

© Vanessa Roy

RÉSUMÉ

La collaboration interprofessionnelle en santé a un impact majeur sur la qualité, la continuité et l'intégration des services. Si elle fait l'objet d'un vaste champ d'étude en ce qui a trait aux facteurs internes qui favorisent ou nuisent à la collaboration, peu d'études s'intéressent aux facteurs systémiques, notamment les facteurs juridiques et politiques. Cet essai analyse les obstacles à la collaboration interprofessionnelle de quatre ordres : l'historique du pouvoir médical dans l'élaboration des fondements du système de santé, les obstacles économiques tels que les modes de rémunération non adaptés et l'iniquité dans l'allocation des ressources financières, les obstacles liés à l'encadrement des professions au Québec ainsi que les obstacles liés au droit administratif. L'auteure choisit de s'intéresser à un mode de gouvernance des établissements en particulier de la LSSSS, soit le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le conseil multidisciplinaire et le conseil des infirmières et infirmiers, puisque ces conseils professionnels sont un lieu d'expression du leadership professionnel au sein des établissements. Comme la refonte de la LSSSS est dans les cartons législatifs, en continuité avec la « loi 10 » de 2015, l'auteure propose des pistes de réflexion pour repenser la structure de ces conseils afin de favoriser un mode de gouvernance axé sur la collaboration interprofessionnelle, pour un meilleur accès aux soins de santé.

ABSTRACT

Interprofessional collaboration in healthcare has a major impact on quality, continuity and integration of services. While there is considerable scope for studying internal factors that enhance or restrict collaboration, few studies address systemic factors, such as legal and policy factors. This essay explores four types of barriers to interprofessional collaboration: the history of medical power in developing the foundations of the healthcare system, economic barriers such as suboptimal remuneration and inequity in the allocation of financial resources, barriers related to the regulatory framework of professions in Quebec, and obstacles related to administrative law. The author chooses to focus on particular modalities of governance of public institutions in the LSSSS, namely the council of physicians, dentists and pharmacists, the multidisciplinary council and the council of nurses, because these professional councils are a place of expression of professional leadership in public health institutions. As the overhaul of the LSSSS will take place in the near future, in continuity with « Bill 10 » of 2015, the author suggests new lines of inquiry to rethink the structure of these professional councils to foster interprofessional collaboration and integration of services, in order to improve access to health care.

Table des matières

RÉSUMÉ.....	4
INTRODUCTION.....	6
Retombées de la collaboration interprofessionnelle	14
Cadre théorique	16
1. HISTORIQUE DU POUVOIR MÉDICAL ET ENJEUX ÉCONOMIQUES DU SYSTÈME : TRAME DE FOND DES OBSTACLES À LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE	20
A. Influence de la profession médicale : contexte historique et politique.....	20
i. Luites de pouvoir entourant l’instauration du régime d’assurance maladie universelle : Une « Guerre de Sept Ans »	20
ii. Influence des regroupements médicaux dans l’élaboration et la révision de la LSSSS : Un cheval de Troie assumé	26
iii. Le pouvoir médical historique et la collaboration interprofessionnelle.....	32
B. Les obstacles liés contexte économique	35
i. Le mode de rémunération des médecins comme obstacle semi-permanent	35
ii. Le financement du système de santé et des établissements, un long fleuve tranquille	41
iii. Allocation des ressources dans l’établissement : Payeur unique, mais voies hermétiques	43
2. OBSTACLES LIÉS À L’ENCADREMENT PROFESSIONNEL ET ADMINISTRATIF	45
A. Les silos du système professionnel québécois	46
B. La LSSSS et ses modes de gouvernance	51
i. Portrait de l’organisation des établissements publics de santé et de services sociaux	53
ii. Structures actuelles de gouvernance d’un établissement public : regard sur les conseils professionnels	56
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) : structure tentaculaire.....	58
Conseil multidisciplinaire (CM) : flou artistique non tentaculaire	67
Conseil des infirmières et infirmiers (CII) : modèle hybride	72
CONCLUSION.....	81
BIBLIOGRAPHIE	89

Les obstacles juridico-politiques à la collaboration interprofessionnelle en santé et la nécessité de revoir certains modes de gouvernance prévus dans la LSSSS

INTRODUCTION

Au Québec et au Canada, la difficulté d'accès aux services de première ligne est une problématique importante et récurrente¹. La dernière enquête internationale sur les politiques de santé du *Commonwealth Fund* de 2016 relève que seulement 41% des adultes québécois déclarent avoir accès à un médecin de famille ou à une infirmière dans les deux jours suivants, en cas de besoin². La population a une perception négative de l'accès aux services de première ligne et, malgré les efforts déployés en ce sens, plusieurs rapports de

¹ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Perceptions et expériences de la population : Le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2016*, Québec, 2017, en ligne : <http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/CWF/CSBE_CWF_2016_Rapport_Resultats.pdf> (consulté le 17 janvier 2017); COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : Le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, 2016, en ligne : <http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2015/CWF/CSBE_Rapport_CWF_2015.pdf> (consulté le 3 novembre 2016); INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Les soins de santé au Canada 2012. Regard sur les temps d'attente*, Ottawa, 2012, en ligne : <https://secure.cih.ca/free_products/HCIC2012-FullReport-FRweb.pdf> (consulté le 17 juillet 2017); Catherine RÉGIS et Anne-Marie SAVARD, « L'accès aux soins et aux médicaments au Québec. Entre l'idéal et la réalité », (2009) 40 *R.D.U.S.* 269.

² Ce pourcentage est le plus faible parmi les 11 pays évalués. En comparaison, la moyenne des pays est de 59% et les Pays-Bas atteignent 80%. Par ailleurs, la performance du Québec sur cette question est demeurée stable entre 2013 et 2016 : COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2017), préc., note 1, p. 14; De plus, lors de l'enquête du Commonwealth Fund de 2015 réalisée auprès de médecins de 1^{ère} ligne, seulement 13% des médecins de famille québécois déclaraient que leurs patients pouvaient obtenir un rendez-vous le jour même ou le lendemain, comparativement à 47% en moyenne pour les 10 pays évalués : COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2016), préc., note 1, p. 9; Des initiatives innovantes telle que l'accès adapté semblent prometteuses, mais rencontrent des obstacles notamment au niveau de la collaboration interprofessionnelle. En effet, en conclusion d'une étude d'implantation de l'accès adapté au Québec, des auteurs énoncent : « *Core implementation issues revolved around the dynamics of collaboration between physicians, nurses and other colleagues.* » : Mylaine BRETON, Lara MAILLET, Isabelle PARÉ, Sabina ABOU MALHAM et Nassera TOUATI, « Perceptions of the first family physicians to adopt advanced access in the province of Quebec, Canada », (2016) *The International Journal of Health Planning and Management*, p. 1 (PDF), en ligne : <<http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.usherbrooke.ca/doi/10.1002/hpm.2380/abstract>> (consulté le 5 juillet 2017).

recherche démontrent que l'accès en temps opportun aux ressources adéquates stagne ou semble même se détériorer³.

Une telle problématique d'accès aux services fait notamment en sorte que les besoins de la population ne sont pas comblés⁴, ce qui peut avoir des conséquences multiples sur l'état de santé et le bien-être de la population. En effet, les personnes ayant des besoins de services doivent parfois vivre avec une douleur invalidante ou de l'anxiété, et peuvent subir des complications de l'état de santé, une limitation des activités, une certaine dépendance envers des proches ou encore une perte de revenus⁵.

Parmi les réflexions menées pour identifier les facteurs responsables de ce manque d'accès aux services, il ressort qu'outre le manque de ressources financières, des lacunes sur le plan de l'organisation et de l'intégration des services⁶ seraient principalement responsables des

³ En 2010, 38,9% de la population ayant une source habituelle de soins primaires parvenait à obtenir un rendez-vous avec un médecin de famille en moins de deux semaines, alors qu'en 2005, ce pourcentage était à 51,3% : Odette LEMOINE, Brigitte SIMARD, Sylvie PROVOST, Jean-Frédéric LEVESQUE, Raynald PINEAULT et Pierre TOUSIGNANT, *L'évolution de l'organisation et de la performance des services de première ligne (2005-2010) dans deux régions du Québec : Montréal et Montérégie. Rapport descriptif global de l'enquête populationnelle sur l'expérience de soins à Montréal et en Montérégie*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec, 2011, en ligne : <<http://www.ledevoir.com/documents/pdf/inspq.pdf>> (consulté le 3 novembre 2016); Entre 2004 et 2010, le pourcentage de Canadiens déclarant devoir attendre six jours ou plus pour voir un médecin en cas de maladie ou de besoin de soins médicaux est passé de 25% à 33% : INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, préc., note 1, p. 13; Les résultats de l'enquête du *Commonwealth Fund* de 2013 démontrent que 48% des répondants mentionnaient qu'en cas de besoin, ils devaient attendre six jours et plus pour voir un médecin ou une infirmière (en Ontario : 27% ; au Royaume-Uni : 17%) : COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Perceptions et expériences de soins de la population : Le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2013*, Québec, 2014, p. 9, en ligne : <<http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3291189>> (consulté le 3 novembre 2016).

⁴ En 2010, 18,3% des personnes rapportaient qu'au cours des six derniers mois, leurs besoins de services n'avaient pas été comblés. Ce pourcentage était 17,9% en 2005 : O. LEMOINE et al., préc., note 3, p. 9.

⁵ O. LEMOINE et al., préc., note 3. Les deux enquêtes populationnelles réalisées en 2005 et en 2010 démontrent une augmentation du pourcentage de personnes qui déclaraient que leurs besoins non comblés avaient eu des conséquences importantes sur leur bien-être, par exemple : de la douleur (32,5% en 2010 contre 27,5% en 2005), des limitations dans les activités (31,1% contre 27,7%) et du stress et de l'anxiété vécue par la personne elle-même (32,1% contre 25,8%) ou par ses proches (23,9% contre 16,9%).

⁶ **L'intégration** peut se définir selon deux typologies. 1) La première typologie se baserait sur les niveaux de services. On parlerait d'intégration **horizontale** lorsque l'intégration se situe au même niveau (par exemple entre des professionnels et des organisations de première ligne) et que l'objectif poursuivi serait la globalité des services. De même, on parlerait d'intégration **verticale** lorsque l'intégration servirait à mieux articuler les niveaux de services pour faciliter le cheminement du patient. 2) Selon une deuxième typologie, l'intégration pourrait prendre deux formes principales, soit

problèmes d'accessibilité, mais aussi responsables des problèmes de continuité et de globalité dans la prestation des services⁷. Plusieurs réformes du système de santé au Québec ont d'ailleurs eu pour objectif une meilleure intégration, dont la plus récente a été la création des Centres intégrés de santé et de services sociaux (ci-après « **CISSS** ») et des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (ci-après « **CIUSSS** »)⁸.

L'intégration clinique des services et des pratiques professionnelles en vue d'améliorer l'accès nécessite fondamentalement le développement de la collaboration interprofessionnelle, puisque les services strictement médicaux, à eux seuls, ne répondent que de façon partielle aux besoins complexes de la population⁹. Or, le système actuel, dont les bases ont été jetées dans les années 1970, est « principalement axé sur la réponse aux problèmes de santé aigus et spécifiques d'une maladie bien définie dont la prise en charge est ponctuelle et limitée dans le temps. »¹⁰ La prestation de services globaux de prévention et la gestion coordonnée des maladies chroniques nécessitent donc des adaptations non négligeables du système, qui peinent malheureusement à s'instaurer à grande échelle¹¹.

l'intégration **clinique** des services (qui est étroitement associée aux professionnels de la santé) et l'intégration **administrative** ou fonctionnelle (qui est davantage associée aux gestionnaires et à la gouverne) : Raynald PINEAULT, Pierre TOUSIGNANT, Danièle ROBERGE, Paul LAMARCHE, Daniel REINHARZ, Danielle LAROUCHE, Ginette BEAULNE et Dominique LESAGE, *Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec : Rapport détaillé*, Montréal, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005, p. 11, en ligne : <<http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/Montreal/2894944330.pdf>> (consulté le 2 novembre 2016).

⁷ R. PINEAULT et al., préc., note 6.

⁸ Par l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, RLRQ, c. O-7.2 (ci-après « **LMRSSS** »), en 2015. (LMRSSS = « Loi modifiant le réseau de la santé et des services sociaux »). Cette loi est également connue sous l'appellation « loi 10 ».

⁹ R. PINEAULT et al., préc., note 6, p. 11; Patricia L. DOBKIN et Lucy J. BOOTHROYD, *Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse). Organisation des services de santé*, ETMIS 2006, vol. 2 (4), Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, en ligne : <<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/55541>> (consulté le 13 décembre 2016).

¹⁰ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010. Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion de maladies chroniques : Recommandations, enjeux et implications*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, p. 19, en ligne : <http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010/MaladiesChroniques/CSBE_T2-EtatSituationMaladiesChroniques-052010.pdf> (consulté le 3 mars 2017).

¹¹ Lynn JANSEN, « Collaborative and Interdisciplinary Health Care Teams: Ready or Not? », (2008) 24-4 *Journal of Professional Nursing* 218-227; Sioban NELSON, Jeff TURNBULL, Lesley BAINBRIDGE, Timothy CAULFIELD, Gilles HUDON, Dennis KENDEL, David MOWAT, Louise NASMITH, Brian POSTL, Judith SHAMIAN et Ingrid SKETRIS, *Optimisation des champs d'exercice. De nouveaux modèles de soins pour un nouveau système de soins de santé. Rapport du comité d'experts nommés par l'Académie canadienne des*

Notamment en raison de la forte prévalence des maladies chroniques au sein des sociétés occidentales, l'apport coordonné des soins infirmiers, des services de réadaptation, des services psychosociaux et des services de santé physique tel que la nutrition et l'inhalothérapie devient donc nécessaire pour répondre de façon plus globale et continue aux besoins des personnes¹². D'ailleurs, il est établi par de nombreux chercheurs que les modes d'organisation de services de première ligne les plus prometteurs pour le Québec sont ceux dont « les soins sont fournis par une équipe interdisciplinaire dont le rôle débordé celui de support aux médecins »¹³. Ces professionnels détiennent une formation pouvant leur permettre, dans plusieurs cas, d'intervenir efficacement auprès d'usagers, sans nécessiter de services médicaux comme porte d'entrée au système¹⁴.

Cependant, plusieurs contraintes semblent retarder l'établissement de pratiques de collaboration interprofessionnelle pouvant améliorer l'accès aux services de première ligne¹⁵. Ces contraintes sont liées à des aspects législatifs, de politiques, de gouvernance et

sciences de la santé, Ottawa, Académie canadienne des sciences de la santé, 2014, en ligne : <http://www.cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2014/11/Optimisation-des-champs-d%23U2019exercice_RAPPORT-French1.pdf> (consulté le 3 novembre 2016).

¹² Monica AGGARWAL et Brian G. HUTCHISON, *Vers une stratégie des soins primaires pour le Canada*, Ottawa, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 2012, en ligne : <<http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Reports/Primary-Care-Strategy-FR.sflb.ashx>> (consulté le 3 novembre 2016); Le vieillissement de la population, le développement de traitements médicaux qui prolongent la durée de vie, le recours accru au dépistage et la sédentarisation du mode de vie ont fait en sorte que la prévalence des maladies chroniques et de la multimorbidité sont en forte croissance. : Jean-Luc BELCHE, Marie-Astrid BERREWAERTS, Frédéric KETTERER, Gilles HENRARD, Marc VANMEERBEEK et Didier GIET, « De la maladie chronique à la multimorbidité : quel impact sur l'organisation des soins de santé ? », (2015) 44-11 *La Presse Médicale* 1146.

¹³ Paul A. LAMARCHE, Raynald PINEAULT et Yvon BRUNELLE, *Modes d'organisation des services prometteurs pour le Québec. Rapport déposé au Groupe de travail sur le financement des services de santé du Québec*, Montréal, 2007, p. 27, en ligne : <http://www.financementsante.gouv.qc.ca/financementsante/fr/etudes/pdf/Etude_PLamarche.pdf> (consulté le 3 novembre 2016); M. AGGARWAL et B. G. HUTCHISON, préc., note 12; Damien CONTANDRIOPOULOS, Astrid BROUSSELLE, Mylaine BRETON, Esther SANGSTER-GORMLEY, Kelley KILPATRICK, Carl-Ardy DUBOIS, Isabelle BRAULT et Mélanie PERROUX, « Nurse practitioners, canaries in the mine of primary care reform », (2016) 120 *Health Policy* 682.

¹⁴ P. A. LAMARCHE, R. PINEAULT et Y. BRUNELLE, préc., note 13. Ces auteurs précisent les pratiques qui caractérisent les organisations de première ligne les plus prometteuses. Notamment : « Le rôle des membres de l'équipe est de suivre eux-mêmes des personnes ou des groupes qui requièrent leurs services et de procurer une gamme définie de services relevant de leur champ de compétence. » (p. 27).

¹⁵ S. NELSON et al., préc., note 11; Gillian MULVALE, Mark EMBRETT et Shaghayegh Donya RAZAVI, « "Gearing Up" to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework », (2016) 17-83 *BMC Family Practice* 1.

de culture organisationnelle, par exemple¹⁶. D'autres facteurs sont liés à l'historique du développement de la structure des soins et services de santé au Québec et au Canada et à la forte implication de la profession médicale dans le façonnement de ce système¹⁷.

Devant ces constats, le contexte québécois (et canadien) des services de santé favorise-t-il la collaboration interprofessionnelle, dans le cadre des efforts déployés pour améliorer l'organisation des services de première ligne ? Les structures en place à l'heure actuelle répondent-elles à ce besoin d'accélérer l'implantation des pratiques collaboratives ?

Sur ces questions, la littérature concernant les mesures à mettre en place au niveau de l'équipe elle-même et dans une perspective de compétence individuelle est relativement abondante¹⁸. Cependant, peu d'écrits s'intéressent à l'étude des aspects plus structurels, notamment liés au contexte législatif, qui peuvent freiner ou accélérer l'implantation des pratiques de collaboration interprofessionnelle¹⁹.

Néanmoins, certaines études décrivent le contexte de certains changements législatifs ou au niveau de la réglementation (provinciale, fédérale ou au sein de l'établissement) comme étant une toile de fond dans l'analyse de certains facteurs associés à la collaboration

¹⁶ G. MULVALE, M. EMBRETT et S. D. RAZAVI, préc., note 15.

¹⁷ Michelle GIROUX, Guy ROCHER et Andrée LAJOIE, « Droit de la santé. L'émergence de la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1991 : une chronologie des événements », (1999) 33-3 *Revue Juridique Themis* 659; Gregory P. MARCHILDON et Klaartje SCHRIJVERS, « Physician resistance and the forging of public healthcare: A comparative analysis of the doctors' strikes in Canada and Belgium in the 1960s », (2011) 55-2 *Medical History* 203; Joseph FACAL, *Volonté politique et pouvoir médical. La naissance de l'assurance maladie au Québec et aux États-Unis*, Montréal, Les Éditions du Boréal, 2006.

¹⁸ CONSORTIUM PANCANADIEN POUR L'INTERPROFESSIONNALISME EN SANTÉ, *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*, Vancouver, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2010, en ligne : <http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf> (consulté le 8 novembre 2016); G. MULVALE, M. EMBRETT et S. D. RAZAVI, préc., note 15; S. NELSON et al., préc., note 11; Louise LEMIEUX-CHARLES et Wendy L. MCGUIRE, « What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature », (2006) 63-3 *Medical Care Research and Review* 263-300.

¹⁹ S. NELSON et al., préc., note 11. Les auteurs Nelson et al. ont procédé à un examen de littérature pour identifier les éléments clés, systémiques, qui peuvent être des catalyseurs ou des obstacles aux innovations en matière de champs d'exercice optimaux des professionnels de la santé et aussi en matière de modèles de soins novateurs pour combler adéquatement les besoins de la population. Ces auteurs relèvent : « **sur les 125 articles extraits, aucun n'évalue explicitement les interventions juridiques ou réglementaires.** C'est-à-dire que si une mesure juridique ou réglementaire était décrite dans un article, elle n'était pas présentée comme une intervention, mais comme un facteur contextuel associé à des changements organisationnels. » (p. 59). Les auteurs indiquent que ce résultat peut être expliqué par la « nature du système adaptatif réglementaire complexe, qui rend la conception linéaire de l'intervention et du résultat moins applicable au contexte juridique » (p. 59).

interprofessionnelle²⁰. Selon ces études qui se sont intéressées au contexte législatif, il ressort que l'un des éléments fondamentaux à traiter par les décideurs est : « la capacité juridique de permettre l'expansion des rôles, par exemple ceux des infirmières et des pharmaciens en pratique avancée. »²¹

Plusieurs changements législatifs ont pris place au Québec, dans le but notamment d'entraîner une certaine expansion des rôles²². Également, l'une des modifications législatives ayant touché plus particulièrement au droit administratif et à la gouvernance des établissements a été de créer, en 1991, le conseil multidisciplinaire (ci-après « **CM** ») et le conseil des infirmières et infirmiers (ci-après « **CII** ») à l'intérieur de chaque établissement de santé, en plus du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (ci-après « **CMDP** »), qui existait auparavant²³. Il était anticipé à cette époque que la coexistence de ces trois principaux²⁴ conseils professionnels allait favoriser une meilleure gouvernance au sein des établissements²⁵. En effet, ces instances professionnelles constituent des voies d'expression

²⁰ Evelyn PARRISH et Ann PEDEN, « Clinical Outcomes of Depressed Clients: A Review of Current Literature », (2009) 30-1 *Issues in Mental Health Nursing* 51; Carlo A. MARRA, Larry D. LYND, Kelly A. GRINDROD, Pamela JOSHI et Alana ISAKOVIC, « Evaluating the labour costs associated with pharmacy adaptation services in British Columbia », (2012) 145-2 *Canadian Pharmacists Journal* 78; S. NELSON et al., préc., note 11.

²¹ S. NELSON et al., préc., note 11, p. 59; HEALTH PROFESSIONS NETWORKS et NURSING & MIDWIFERY HUMAN RESOURCES FOR HEALTH, *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*, Genève, World Health Organization, 2010, p. 7, en ligne : <http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/> (consulté le 8 décembre 2016) : « *A range of mechanisms shape effective interprofessional education and collaborative practice. These include: supportive management practices, (...) [and] appropriate legislation that eliminates barriers to collaborative practice* ».

²² Notamment : *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, L.Q., 2002, c. 33 (ci-après « **Loi 90** ») ; et *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, L.Q., 2009, c. 28 (ci-après « **Loi 21** »).

²³ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2, art. 219 et 226 (ci-après « **LSSSS** »); M. GIROUX, G. ROCHER et A. LAJOIE, préc., note 17. Quant au CMDP (voir art. 214 LSSSS), ce conseil existait avant la refonte de la LSSSS en 1991. L'idée de la création de deux nouveaux conseils professionnels (CM, CII) en 1991 était une revendication notamment d'ordres professionnels, qui visaient entre autres à établir un contrepoids au CMDP.

²⁴ Le conseil des sages-femmes (ci-après « **CSF** ») (voir art. 225.1 LSSSS) ne sera pas abordé dans le cadre du présent essai. Son statut est plus particulier, puisque créé pour faire avancer spécifiquement la reconnaissance des sages-femmes. Le CSF n'est pas présent dans tous les établissements et certains éléments portent à croire qu'elles seront intégrées au CM éventuellement (voir art. 11, al. 2 LMRSSS). D'autres éléments indiquent plutôt qu'elles pourraient éventuellement être intégrées au CMDP (voir art. 225.2 LSSSS).

²⁵ M. GIROUX, G. ROCHER et A. LAJOIE, préc., note 17. Les auteurs Giroux et al. expliquent ainsi l'effet anticipé de la création des CM et des CII dans la LSSSS : « La présence des trois comités [CM, CII, CMDP] dilue le pouvoir, le distribue. De la sorte, le droit contribue à modifier les attitudes, en donnant

aux préoccupations professionnelles de ceux qui offrent des services directs à la population, « et dont l'apport d'expertise et de vécu clinique peuvent contribuer à améliorer la qualité, l'organisation et la dispensation des soins et des services »²⁶. Il s'agissait donc d'une intervention législative visant indirectement à promouvoir la collaboration ou l'intégration des services entre ces différents professionnels « du terrain ». Cependant, aucune étude subséquente n'a porté sur l'évaluation de l'impact de cette introduction législative sur l'efficacité de ce mode de gouvernance à combler les besoins de la population en matière d'accès ou encore sur le niveau de collaboration interprofessionnelle au sein des établissements.

L'étude des éléments du droit administratif qui peuvent freiner ou accélérer l'implantation des pratiques de collaboration interprofessionnelles revêt un intérêt particulier dans le contexte québécois actuel, puisqu'une refonte de la LSSSS fait vraisemblablement partie des initiatives législatives à venir. En effet, une refonte s'avère nécessaire depuis l'entrée en vigueur de la LMRSSS en 2015, qui a modifié substantiellement la LSSSS ainsi que ses règlements afférents, lesquels structurent les obligations des établissements, leurs modalités d'organisation²⁷ et les lignes directrices guidant la gestion et la prestation des services²⁸. Par ailleurs, les auteurs Hutchison et al., notamment, ont identifié il y a plusieurs années l'importance de laisser de côté les changements de type « *big bang* » en matière de première ligne, et de plutôt miser sur l'identification stratégique d'opportunités qui permettent d'implanter de petits changements graduels²⁹.

une voix plus importante aux professionnels de la santé autres que les médecins. À l'avenir, cela pourra peut-être venir influencer les rapports de pouvoir entre ces différents groupes de professionnels. » (p. 690).

²⁶ ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC, *Mise en place des centres de santé et de services sociaux. Outils de gestion*, 2e éd., Montréal, 2004, p. 15 (PDF), en ligne : <http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/Guide_Fusion_csss_accQ_20040601.pdf?Archive=1071702_92535&File=Guide_Fusion_csss_ACCQ_20040601_pdf> (consulté le 18 mars 2017).

²⁷ LSSSS, art. 2.

²⁸ *Id.*, art. 3. Notons également la *Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux*, L.Q., 2017, c. 21, qui modifie également la LSSSS et ses règlements afférents. Précision : Parmi les organisations de première ligne, le présent essai se concentre en majorité sur les établissements de santé et de services sociaux (CISSS, CIUSSS, Instituts et Centres hospitaliers universitaires), et prend en compte les Groupes de médecine de famille (ci-après « **GMF** ») comme étant des partenaires avec lesquels les établissements concluent une entente.

²⁹ Brian HUTCHISON, Julia ABELSON et John LAVIS, « Primary Care In Canada: So Much Innovation, So Little Change », (2001) 20-3 *Health Affairs* 116, p. 127 : « *Perhaps the most important lesson is the importance of carefully assessing opportunities for change. The pursuit of « big bang » change under*

Cet essai vise donc à identifier les obstacles législatifs et politiques à la collaboration interprofessionnelle. Pour ce faire, **(1)** le pouvoir médical et les enjeux économiques du système de santé seront analysés. À cette fin, **(a)** le contexte historique et politique du pouvoir médical dans le cadre de l'instauration de l'assurance-maladie et de la LSSSS et **(b)** le contexte économique en santé qui prévaut au Québec (rémunération médicale, financement du système, allocation des ressources financières dans l'établissement) seront analysés. Dans un deuxième temps, **(2)** les aspects du système professionnel et les aspects administratifs reliés à la gouvernance des établissements de santé et de services sociaux seront étudiés. À cet effet, **(a)** les obstacles liés à la structure de réglementation professionnelle prenant place au Québec seront d'abord étudiés. Puis, pour analyser comment cet encadrement professionnel semble se transposer dans les établissements publics du réseau, **(b)** une analyse de certains mécanismes de gouvernance liés à la collaboration interprofessionnelle, prévus dans la LSSSS, sera réalisée. Ces mécanismes spécifiquement abordés sont les conseils professionnels (CMDP, CM, CII), instances issues du droit administratif qui semblent permettre aux professionnels de la santé (ergothérapeutes, travailleurs sociaux, médecins, infirmières, nutritionniste, etc.) de prendre part à l'organisation des services dans les établissements. Ces instances semblent également partager certains concepts avec ce que des auteurs décrivent comme étant la gouvernance clinique, soit une pratique novatrice en administration de la santé³⁰. Une analyse comparative des mandats et du degré d'influence, dans les établissements, du CMDP, du CM et du CII sera réalisée. Ainsi, des aspects de droit administratif qui peuvent potentiellement constituer des obstacles à la collaboration interprofessionnelle seront identifiés.

unfavorable circumstances may not simply be futile but may result in missed opportunities for cumulative incremental change. ».

³⁰ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : Recommandations, enjeux et implications*, 2009, en ligne : <http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2009_PremiereLigne/format2pages/csbe-Recommandations-t4-2p-042009.pdf> (consulté le 10 mars 2017); Isabelle BRAULT, Denis A. ROY et Jean-Louis DENIS, « Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. », (2008) 39-3 *Pratiques et Organisation des Soins* 167; Dinesh ARYA et Tom CALLALY, « Using continuous quality improvement to implement a clinical governance framework in a mental health service », (2005) 13-3 *Australasian Psychiatry: Bulletin Of Royal Australian And New Zealand College Of Psychiatrists* 241.

Tout en sachant qu'agir sur une refonte de la LSSSS ne sera pas suffisant pour assurer une implantation accrue des pratiques collaboratives, le présent essai mise sur la fenêtre d'opportunité de la refonte de la LSSSS à venir et propose quelques pistes de solution pour faire en sorte que les mécanismes de gouvernance à l'échelle de la gestion des établissements publics soient en cohérence avec les pratiques préconisées en matière de collaboration interprofessionnelle et de saine gouvernance.

Retombées de la collaboration interprofessionnelle

L'une des stratégies clés qui est identifiée pour surmonter les lacunes en matière d'accès aux services est de miser sur un réseau de soins de première ligne efficient, apte à diriger les usagers vers les ressources adéquates et à coordonner les interventions entre les différents prestataires de services³¹. En parallèle, plusieurs facteurs sociaux font en sorte que les personnes désirent non seulement guérir de leur maladie, mais aussi avoir une qualité de vie optimale³².

Ces besoins complexes qui sont de plus en plus fréquemment rencontrés dans notre système de santé et de services sociaux nécessitent une réponse adaptée, rarement apportée par un seul intervenant³³. Par exemple dans le domaine de la gériatrie, le profil des personnes qui se présentent fréquemment à l'urgence inclut, outre plusieurs maladies chroniques et une polymédication : un déclin fonctionnel, un état de fragilité et des problématiques psychosociales. Cet état de fait requiert une approche interdisciplinaire et une vision globale de la personne³⁴. La collaboration interprofessionnelle est donc incontournable en santé :

« L'approche centrée sur la maladie doit donc évoluer vers une prise en charge globale des différentes dimensions de la santé, intégrant les programmes et les

³¹ P. A. LAMARCHE, R. PINEAULT et Y. BRUNELLE, préc., note 13; D. CONTANDRIOPOULOS et al., préc., note 13; Karen BARNETT, Stewart W. MERCER, Michael NORBURY, Graham WATT, Sally WYKE et Bruce GUTHRIE, « Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study », (2012) 380-9836 *The Lancet* 37.

³² J.-L. BELCHE et al., préc., note 12 : À l'échelle internationale, dans une enquête populationnelle belge réalisée en 2010, 17,4% des répondants ayant au moins une maladie chronique déclaraient subir une limitation fonctionnelle majeure, dont 70% étaient consécutifs à des troubles musculosquelettiques ou des problèmes de santé mentale.

³³ Janick PERREAULT, « Qu'en est-il des opinions et expertises médicales réalisées par des professionnels de la santé, non-médecins, tels les ergothérapeutes? », dans Service de la formation continue, Barreau du Québec, *Accidents d'automobiles (2011)*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 1.

³⁴ Mieke DESCHODT, Veerle CLAES, Bastiaan VAN GROOTVEN, Koen VAN DEN HEEDÉ, Johan FLAMAING, Benoit BOLAND et Koen MILISEN, « Structure and processes of interdisciplinary geriatric consultation teams in acute care hospitals: A scoping review », (2016) 55 *International Journal Of Nursing Studies* 98, p. 2.

acteurs de soins, pour offrir des soins continus, globaux, centrés sur une personne (...). Ces compétences, le médecin généraliste les partage aussi avec les différents professionnels de santé de la 1^{ère} ligne de soins, au sein d'un réseau de soins primaires (...) basé sur la coordination et la collaboration (...). »³⁵

Les retombées de la collaboration en santé et services sociaux se situent non seulement sur la santé individuelle, mais également sur l'efficacité du système de soins³⁶. Il a été démontré que la collaboration interprofessionnelle s'avère efficace pour améliorer la satisfaction des usagers, la compliance aux traitements, les indicateurs de santé et de bien-être de populations ayant des maladies chroniques, l'accès aux services de santé et conduit à une utilisation efficiente des ressources spécialisées³⁷. La collaboration interprofessionnelle diminue également les risques d'erreurs et de complications ainsi que la durée d'hospitalisation et les coûts des services de santé³⁸.

Spécifiquement auprès des aînés hospitalisés, la collaboration interprofessionnelle (soit l'intégration des dimensions de santé physique, psychologique et sociale) ont mené à une réduction significative des chutes, de la mortalité en milieu hospitalier, du déclin fonctionnel et du nombre d'admissions en résidence pour aînés à la suite d'une hospitalisation³⁹.

De plus, l'absence de collaboration interprofessionnelle en vue de la planification d'un congé hospitalier d'une personne ayant des problématiques multiples conduit notamment à des

³⁵ J.-L. BELCHE et al., préc., note 12, p. 1152.

³⁶ HEALTH PROFESSIONS NETWORKS et NURSING & MIDWIFERY HUMAN RESOURCES FOR HEALTH, préc., note 21.

³⁷ M. AGGARWAL et B. G. HUTCHISON, préc., note 12; HEALTH PROFESSIONS NETWORKS et NURSING & MIDWIFERY HUMAN RESOURCES FOR HEALTH, préc., note 21; Joy SMITH, *Innovation technologique dans les soins de santé. Rapport du Comité permanent de la santé*, Ottawa, Chambre des communes du Canada, 41e législature, première session, 2013, en ligne : <<http://www.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/411/HESA/Reports/RP6221741/hesarp14/hesarp14-f.pdf>> (consulté le 1^{er} mars 2017); Sharon M. MICKAN, « Evaluating the effectiveness of health care teams », (2005) 29-2 *Australian Health Review* 211; L. LEMIEUX-CHARLES et W. L. MCGUIRE, préc., note 18.

³⁸ INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, préc., note 1; G. MULVALE, M. EMBRETT et S. D. RAZAVI, préc., note 15; Katie A. MCLAUGHLIN, « The Public Health Impact of Major Depression: A Call for Interdisciplinary Prevention Efforts », (2011) 12-4 *Prevention Science* 361; UNITÉ D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ, *Évaluation des cliniques interdisciplinaires musculosquelettiques en orthopédie: le modèle du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable*, Sherbrooke, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 2011, en ligne : <http://www.chus.qc.ca/fileadmin/doc_chus/Volet_academique_RUIS/ETMIS/Evaluation_muscolo_CSSS_AE_26-04-2011_UETMIS_CHUS.pdf> (consulté le 3 novembre 2016).

³⁹ M. DESCHODT et al., préc., note 34.

réadmissions précoces à l'urgence, à une augmentation de la charge de travail des proches aidants et à une augmentation de l'utilisation des ressources de santé⁴⁰.

Cadre théorique

Les auteurs Mulvale et al. (2016) ont mené une revue systématique visant à identifier les facteurs qui influencent la qualité et l'efficacité de la collaboration au sein des équipes interprofessionnelles de soins primaires⁴¹. Ces auteurs ont procédé de surcroît à une conceptualisation de ces facteurs relevés dans la littérature (**Figure 1**). Ce cadre théorique identifie des facteurs internes et externes aux équipes de soins qui influencent la performance de l'équipe et, par ricochet, ont aussi un impact sur la santé et le bien-être des usagers, la qualité des services, le ratio coût-efficacité des interventions et la satisfaction des professionnels. Ces facteurs internes et externes sont liés notamment au contexte de pratique professionnelle, lequel comporte plusieurs niveaux.

Le niveau individuel réfère par exemple à la croyance personnelle du professionnel en l'efficacité de la collaboration. Le niveau microsystémique réfère pour sa part à la taille de l'équipe, la présence de conflits dans l'équipe, les stratégies de communication, la vision de l'équipe, l'identification de buts communs et les attitudes présentes au sein de l'équipe⁴².

Le niveau mésosystémique réfère notamment à l'organisation des services à l'échelle de l'établissement de santé et de services sociaux et inclut par exemple la culture organisationnelle, les méthodes de gouvernance et les systèmes d'information⁴³. Le niveau macrosystémique réfère aux politiques de santé et au cadre juridique du système de santé et inclut par exemple les lois professionnelles, les modifications législatives concernant les champs d'exercice, le système d'éducation des professionnels, les mécanismes de

⁴⁰ *Id.*

⁴¹ G. MULVALE, M. EMBRETT et S. D. RAZAVI, préc., note 15. Les auteurs ont inclus uniquement les études où la collaboration prenait la forme d'une équipe comptant un minimum de trois professions travaillant ensemble pour répondre aux besoins multiples d'une population ciblée en première ligne. Les auteurs décrivent que cela leur a permis d'aller au-delà de la littérature abondante portant sur la traditionnelle dyade médecin-infirmière.

⁴² *Id.*

⁴³ *Id.*; Anne ROGERS, Ivaylo VASSILEV, Maria J. Jesús PUMAR, Elka TODOROVA, Mari Carmen PORTILLO, Christina FOSS, Jan KOETSENRIJTER, Nikoleta RATSIKA, Manuel SERRANO, Ingrid A Ruud KNUTSEN, Michel WENSING, Poli ROUKOVA, Evridiki PATELARO, Anne KENNEDY et Christos LIONIS, « Meso level influences on long term condition self-management: stakeholder accounts of commonalities and differences across six European countries », (2015) 15 *BMC Public Health* 622.

financement des établissements et les modes de rémunération des professionnels de la santé et des services sociaux⁴⁴.

Figure 1 : Les facteurs qui influencent la collaboration interprofessionnelle, découlant d'une revue systématique de la littérature, catégorisés en facteurs individuels, microsystemiques, mésosystemiques et macrosystemiques (tiré de Mulvale et al. 2016).



Le fait de schématiser le contexte systémique de la pratique interprofessionnelle permet d'identifier différentes avenues d'interventions pour les différents décideurs, et permet d'évaluer plus précisément l'impact d'une intervention donnée sur la qualité des pratiques professionnelles et sur les résultats pour la santé de la population. Par exemple, le cadre conceptuel de la collaboration de Mulvale et al. fait ressortir que l'intervention sur des facteurs mésosystemiques est davantage à la portée des gestionnaires d'un établissement, que les opportunités d'apporter des changements sont assez fréquentes et que les effets de ces changements peuvent toucher toutes les équipes interprofessionnelles du milieu⁴⁵, ce qui en fait un champ d'intérêt pour les gestionnaires, qui ont avantage à mettre en place les meilleures pratiques de gestion à cet égard.

La majorité des facteurs ciblés par la littérature en vue d'en évaluer l'influence sur la collaboration sont des facteurs microsystemiques, c'est-à-dire que la majorité des études

⁴⁴ G. MULVALE, M. EMBRETT et S. D. RAZAVI, préc., note 15; A. ROGERS et al., préc., note 43.

⁴⁵ G. MULVALE, M. EMBRETT et S. D. RAZAVI, préc., note 15.

sur la collaboration évaluent des opportunités d'amélioration à l'échelle de l'équipe elle-même, en vue d'améliorer les résultats pour les usagers suivi par cette équipe ou pour la performance de l'équipe⁴⁶. Seulement deux facteurs mésosystémiques ont été recensés dans cette revue de littérature, soit le fait d'avoir (ou non) des systèmes d'informations efficaces et le fait d'avoir (ou non) une culture organisationnelle qui favorise l'équilibre entre 1) les mesures d'efficacité et de rendement, 2) la notion de hiérarchie et 3) la culture de groupe⁴⁷. Enfin, un seul facteur macrosystémique a été recensé, soit celui du **type de gouvernance**. Les auteurs précisent par ailleurs que le type de gouvernance favorisant ou nuisant à la collaboration interprofessionnelle peut être catégorisé dans deux niveaux du cadre conceptuel de la collaboration, soit les niveaux macrosystémiques et mésosystémiques, dépendamment de l'angle de la situation⁴⁸.

Le modèle conceptuel proposé par Mulvale et al. rejoint d'autres écrits qui confirment l'importance d'intervenir à de multiples niveaux pour améliorer l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle⁴⁹. Il ressort que l'un des champs de recherche prioritaire à développer est de mesurer l'impact des facteurs économiques, juridiques et politiques (niveau macrosystémique) sur l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle et, ultimement, sur les résultats de santé et de bien-être des usagers⁵⁰.

Les auteurs Rogers et al. (2015) ont pour leur part réalisés 90 entrevues semi-structurées auprès de décideurs publics, de chercheurs et de gestionnaires de six pays (Bulgarie, Espagne, Grèce, Norvège, Pays-Bas et Royaume-Uni) en vue d'identifier comment certains facteurs du niveau mésosystémique tel que la gouvernance des établissements de santé

⁴⁶ *Id.* 13 des 18 facteurs identifiés dans la revue systématique se situent au niveau microsystemique, tel que l'identification d'une vision d'équipe et de buts communs, un faible niveau de conflit dans l'équipe, la taille de l'équipe, etc.

⁴⁷ *Id.*; Stephen M. SHORTELL, Jill A. MARSTELLER, Michael LIN, Marjorie L. PEARSON, Shin-Yi WU, Peter MENDEL, Shan CRETIN et Mayde ROSEN, « The role of perceived team effectiveness in improving chronic illness care », (2004) 42-11 *Medical care* 1040.

⁴⁸ G. MULVALE, M. EMBRETT et S. D. RAZAVI, préc., note 15. La gouvernance peut être associée au niveau macrosystémique lorsque les décisions sont prises par l'État, ou encore être associée au niveau mésosystémique lorsque les décisions sont prises au sein de l'établissement en vue de gouverner les pratiques professionnelles du milieu.

⁴⁹ S. NELSON et al., préc., note 11, p. 11 : « *The evidence suggests that key decision-makers can contribute in different ways to foster environments for improved interprofessional collaboration* ».

⁵⁰ G. MULVALE, M. EMBRETT et S. D. RAZAVI, préc., note 15, p. 11 : « *The context within which the team operates is important, although understudied. Based on this review, more research is needed to understand how policy and organizational contexts affect the ability of teams to collaborate effectively and how dynamic changes in these contexts influence collaboration within the team.* ».

pouvait influencer, en bout de ligne, la capacité des personnes atteintes de maladies chroniques à mettre à œuvre des changements dans leurs habitudes de vie. Autrement dit, les auteurs avaient pour objectif d'évaluer s'il valait mieux s'intéresser à certains facteurs contextuels externes, plus indirects, pour tenter d'améliorer la santé des diabétiques. Les résultats indiquent qu'il est en effet primordial d'accorder une plus grande importance aux modes de gouvernance des établissements en vue d'améliorer l'efficacité des interventions des équipes de soins primaires auprès des personnes ayant des maladies chroniques⁵¹, car ces modes de gestion influencent indirectement et significativement les résultats de soins auprès de la population⁵².

Au Québec, dès les années 1980, des exemples concrets de facteurs législatifs (macrosystémique et mésosystémique) qui compromettent la pérennité du système sont identifiés et sont en lien avec un manque d'intégration des services : « la commission [Castonguay] s'alarme [...] de la prolifération désordonnée des spécialités [encadrement des professions], de la trop grande importance accordée à l'achat d'équipement sophistiqué et coûteux [contexte économique], de l'absence d'une ligne claire de partage des responsabilités entre fonctionnaires, administrateurs des hôpitaux et médecins, et du désordre qu'entraîne la non-coordination des divers réseaux médicaux parallèles : médecine du travail, médecine préventive, médecine universitaire, services psychiatriques, soins pour les malades chroniques, etc. [gouvernance] »⁵³

Le présent essai aborde donc quatre types d'obstacles à la collaboration interprofessionnelle qui touchent particulièrement aux niveaux macrosystémique et mésosystémique du cadre conceptuel de la collaboration interprofessionnelle : le pouvoir médical, les obstacles économiques, l'encadrement des professions et les modes de gouvernance des établissements publics qui sont énoncés dans la LSSSS.

⁵¹ A. ROGERS et al., préc., note 43.

⁵² *Id.*; Antonio ESCOLAR-PUJOLAR, Amaia BACIGALUPE et Miguel SAN SEBASTIAN, « European economic crisis and health inequities: research challenges in an uncertain scenario », (2014) 13 *International Journal for Equity in Health* 59, p. 1 : « The cuts in funding and the continuous privatization plans of hospitals and primary care centers are also causing progressive deterioration in the quality of services, in waiting times as well as promoting co-payments of drugs and health care services. ».

⁵³ J. FACAL, préc., note 17, p. 44.

1. HISTORIQUE DU POUVOIR MÉDICAL ET ENJEUX ÉCONOMIQUES DU SYSTÈME : TRAME DE FOND DES OBSTACLES À LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

A. Influence de la profession médicale : contexte historique et politique

L'histoire de l'implication de la profession médicale dans l'élaboration des politiques de santé et des lois regorge d'éléments qui semblent expliquer pourquoi certaines politiques et réformes qui ont l'objectif d'améliorer l'accès aux services ou la collaboration interprofessionnelle peinent à s'implanter en cohérence avec les objectifs fixés au départ⁵⁴. C'est particulièrement le cas pour les expériences de réformes du mode de rémunération des médecins dans le but de rendre les soins de santé primaires plus efficaces, par exemple⁵⁵. Les luttes de pouvoir qui ont pris place lors des tentatives d'instaurer une couverture universelle et publique des soins et services de santé seront présentées⁵⁶. Un accent sera porté sur deux événements législatifs majeurs marqués par ces luttes de pouvoir : i) l'instauration de l'assurance maladie ainsi que ii) la première révision de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* en 1991. Plus précisément, des éléments clés de l'histoire des rapports de force « État – médecin » et « médecins – autres professionnels » seront relevés. La présente section conclura sur iii) l'impact de ce pouvoir médical historique sur la collaboration interprofessionnelle.

i. Luttes de pouvoir entourant l'instauration du régime d'assurance maladie universelle : Une « Guerre de Sept Ans »

La première tentative nord-américaine d'établir un système de santé universel à payeur unique (l'État), financé par les impôts et couvrant tous les services médicalement nécessaires, s'est effectuée en Saskatchewan en 1961⁵⁷. Il s'en est suivi la plus importante

⁵⁴ G. P. MARCHILDON et K. SCHRIJVERS, préc., note 17.

⁵⁵ *Id.*, p. 204 : « *In both countries [Canada et Belgique], these strikes re-shaped the subsequent design of universal healthcare, preserving the centrality of a fee-for-service contractual model of physician engagement with patients and the state as opposed to a salaried-employment model.* ».

⁵⁶ J. FACAL, préc., note 17. À savoir au début des années 1970 dans le contexte de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay) et au début des années 1990, dans le contexte de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon).

⁵⁷ Par le dépôt du projet de loi : *The Saskatchewan Medical Care Insurance Act, R.S.S., c. 255, 1961*, en ligne : <<http://www.qp.gov.sk.ca/documents/english/statutes/historical/1965-CH-255.pdf>> (consulté le 10 janvier 2017); J. FACAL, préc., note 17. Cette province a été la plus avant-gardiste en matière de politiques de santé, mettant en place son programme d'assurance-hospitalisation en

résistance médicale, parmi tous les États qui tentaient, à cette époque, d'améliorer l'accès aux soins de santé, à la suite de la Seconde Guerre mondiale⁵⁸. Au plus fort de cette résistance en 1962, une grève de 23 jours a été menée par les médecins de la Saskatchewan. Ces derniers voyaient dans cette politique d'universalité un risque de diminution de leurs revenus, une menace à leur liberté de déterminer le coût de leurs services et une menace à leur autonomie professionnelle⁵⁹. En somme, les regroupements de médecins y ont vu une menace à leur vision libérale de la pratique médicale⁶⁰. À l'inverse, 10 ans plus tôt, à l'époque de la Grande Dépression les regroupements médicaux avaient grandement collaboré avec le gouvernement pour instaurer l'assurance-hospitalisation universelle, face à l'incapacité des usagers d'acquitter leurs frais médicaux⁶¹.

Ainsi, il semble que les services de première ligne aient été un domaine où la menace perçue par les regroupements médicaux ait été beaucoup plus grande par rapport au domaine des services hospitaliers. De plus, le contexte économique plus favorable de l'État en 1962 a semblé influencer négativement le degré de collaboration des regroupements médicaux aux politiques de santé de l'État.

1947, soit dix ans avant l'adoption d'une loi fédérale sur l'assurance-hospitalisation visant à soutenir financièrement les provinces.

⁵⁸ G. P. MARCHILDON et K. SCHRIJVERS, préc., note 17 : Ces États incluaient : les pays de l'ouest de l'Europe, le Canada, l'Australie et la Nouvelle-Zélande; Stephen L. THOMPSON et Jack Warren SALMON, « Strikes by Physicians: A Historical Perspective toward an Ethical Evaluation », (2006) 36-2 *International Journal of Health Services* 331.

⁵⁹ G. P. MARCHILDON et K. SCHRIJVERS, préc., note 17. Officiellement et publiquement, l'Association des médecins de la Saskatchewan basait à l'époque son argumentaire sur deux éléments : la diminution anticipée des normes de qualité de la pratique médicale (qualité des services) et l'opposition à toute contrainte de l'État sur leur pratique (indépendance).

⁶⁰ *Id.*, p. 204 : La vision libérale de la pratique médicale se définit comme étant une philosophie individualiste (par opposition à une philosophie collectiviste), caractérisée notamment par le libre choix du médecin par le patient, la confidentialité absolue médecin-patient, la non-ingérence des administrateurs de l'État dans le jugement clinique du médecin et la liberté de fixer ses propres honoraires.; S. L. THOMPSON et J. W. SALMON, préc., note 58, p. 336 : « *The conflict boiled down to a clash of collective and collaborative programs that the government was espousing versus the protection of individual physicians' rights that the profession supported.* ».

⁶¹ G. P. MARCHILDON et K. SCHRIJVERS, préc., note 17. Dans la décennie qui a suivi l'assurance-hospitalisation universelle en Saskatchewan, plusieurs facteurs ont contribué à modifier la perspective des regroupements médicaux, incluant : 1) l'augmentation de leurs revenus lié à l'essor économique suivant la Deuxième Guerre mondiale, 2) l'arrivée de médecins immigrants venant du Royaume-Uni (le tiers des médecins exerçant en Saskatchewan à cette époque exerçaient auparavant au sein du *National Health Service*) et 3) des intérêts financiers à protéger (leur association détenait deux compagnies d'assurance-médicale couvrant environ le tiers de la population provinciale).

Les tactiques élaborées par les associations médicales à l'époque pour protéger les intérêts de la profession ont inclus la mise sur pied d'une organisation politique de nature syndicale, des communications finement structurées, de vastes campagnes d'information publiques, des campagnes de financement centralisées et des sanctions pour les membres de la profession qui n'adhéraient pas aux objectifs de l'association⁶². Le pouvoir exercé par la profession semble donc lié à sa grande capacité à s'organiser politiquement.

Au terme de négociations politiques entre les médecins et l'État de la Saskatchewan, les regroupements médicaux ont finalement obtenu la reconnaissance par l'État de leur « droit à la rémunération à l'acte » (traduction libre)⁶³ et de leur libre choix de ne pas participer au régime public. La possibilité de ne pas participer au régime public permettait aux médecins d'établir leurs propres honoraires et d'encaisser directement le paiement de leur patient. À la suite de ces concessions non négligeables accordées aux médecins, le gouvernement de la Saskatchewan a pu mettre en place une assurance médicale universelle financée par les impôts. Ces concessions ont toutefois représenté, au fil des décennies subséquentes, des obstacles majeurs aux tentatives de réformes des soins de première ligne, notamment⁶⁴.

Ces « droits » accordés aux médecins ont ainsi établi formellement que les médecins sont en fait des travailleurs autonomes qui contractent avec l'État. La rémunération à l'acte comme mode de rémunération dominant est donc allée de pair avec ce statut de travailleur autonome et est demeurée un élément central de l'organisation de la pratique médicale⁶⁵.

Au Québec, entre 1966 et 1971, une suite d'événements similaires à ceux de la Saskatchewan se sont produits⁶⁶. Auparavant, le médecin typique au Québec était un « entrepreneur indépendant, payé à l'acte et sans autres contraintes que celles qu'il s'impose lui-même ou celles établies par ses pairs. »⁶⁷ À la suite du premier rapport de la Commission Castonguay-Nepveu⁶⁸, parût en 1967, explicitant les arguments en faveur de

⁶² *Id.* Lors de la campagne électorale de 1960 en Saskatchewan ayant porté principalement sur l'enjeu de l'assurance maladie universelle, l'association des médecins de la province a dépensé plus d'argent lors de cette campagne que l'un et l'autre des partis qui s'affrontaient lors de l'élection.

⁶³ *Id.*, p. 219.

⁶⁴ B. HUTCHISON, J. ABELSON et J. LAVIS, préc., note 29.

⁶⁵ P. A. LAMARCHE, R. PINEAULT et Y. BRUNELLE, préc., note 13.

⁶⁶ J. FACAL, préc., note 17.

⁶⁷ *Id.*, p. 33.

⁶⁸ Claude CASTONGUAY et Gérard NEPVEU, *L'Assurance-maladie. Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. Volume 1*, Québec, Gouvernement du Québec, 1967 : Le rapport

l'instauration d'un régime d'assurance maladie universelle, la réponse des regroupements médicaux fut diversifiée. Le regroupement des médecins omnipraticiens a favorablement accueilli ces recommandations, émettant quelques réserves⁶⁹. Quant au regroupement des médecins spécialistes, la réponse fut très défavorable et les conditions établies par ceux-ci furent majeures. Les trois conditions essentielles pour que ceux-ci acceptent un tel régime universel furent : 1) la reconnaissance du droit d'œuvrer en dehors du régime et la possibilité pour le médecin de négocier lui-même ses honoraires, 2) que le seul organisme légitime pouvant contrôler tous les aspects de la pratique professionnelle soit le Collège des médecins du Québec (l'Ordre professionnel des médecins) et, enfin, 3) la négociation obligatoire d'une grille de tarification pour chaque acte médical à des taux semblables à ceux de l'Ontario⁷⁰.

La création de ces regroupements médicaux de nature syndicale, soit la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (ci-après « **FMOQ** »), en 1963, et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (ci-après « **FMSQ** »), en 1965, découle donc de cette nécessité de défendre leurs intérêts politiques face aux réformes envisagées, tout en mettant de l'avant des divergences d'opinions entre les omnipraticiens et les spécialistes⁷¹. Dès sa création, la FMOQ établit « qu'elle ne se soucierait que de l'intérêt de ses membres, au même titre que tout autre regroupement syndical, et laisserait au Collège toutes les questions relatives à la surveillance de la pratique médicale. »⁷² Il en va de même pour la FMSQ. Un élément marquant de cette époque est que le degré d'influence de la FMSQ se

Castonguay-Nepveu formulait clairement certains reproches aux médecins, notamment le fait de « centrer exclusivement leur pratique médicale sur la maladie spécifique et localisée du patient, sans se soucier d'identifier et d'agir sur les conditions de vie et de travail qui peuvent causer la maladie » (p. 45).

⁶⁹ J. FACAL, préc., note 17, p. 55 : Leurs revendications se résumaient ainsi : « que la FMOQ soit reconnue comme seule habilitée à représenter les omnipraticiens; que chaque acte médical ait un tarif unique, qu'il soit posé par un omnipraticien ou un spécialiste, et où que ce soit sur le territoire du Québec; et que les omnipraticiens aient davantage accès aux hôpitaux d'enseignement, chasse gardée jusque-là des spécialistes » (p. 56).

⁷⁰ J. FACAL, préc., note 17; Gilles DUSSAULT, « Les médecins du Québec (1940-1970) », (1975) 16-1 *Recherches sociographiques* 69.

⁷¹ J. FACAL, préc., note 17. Jusqu'aux années 1960, le Collège des médecins du Québec était le principal interlocuteur du gouvernement et les médecins spécialistes y étaient majoritairement représentés, en plus de contrôler l'accès aux hôpitaux et l'octroi des lits d'hospitalisation. Sans la création des fédérations, le Collège des médecins aurait mené les négociations.

⁷² *Id.*, p. 55.

justifiait par le grand prestige dont la profession disposait, ainsi que par sa « position d'autorité incontestée »⁷³.

Les deux fédérations s'entendaient pour protéger le mode de rémunération à l'acte et l'autonomie de la profession, mais elles divergeaient sur la question du désengagement au régime. Cet enjeu a été le cheval de bataille en particulier de la FMSQ, à savoir « la préservation de la possibilité de négocier librement avec le patient le montant des honoraires et d'être payé directement par lui »⁷⁴, et ce en fonction du type d'acte et de la capacité de payer du patient. Cet enjeu a mobilisé les membres de la FMSQ sur une longue période, lors du processus législatif conduisant au régime d'assurance maladie. Les membres de la FMOQ, pour leur part, ont ratifié une entente avec le gouvernement peu de temps après l'introduction du régime d'assurance-maladie.

Le gouvernement a donc tenté divers compromis avec les médecins spécialistes⁷⁵, qui furent infructueux. Une grève des médecins spécialistes de 17 jours a pris place en octobre 1970. Puis, malgré que la *Loi sur l'assurance maladie*⁷⁶ fut adoptée tout de même en juillet 1970, la FMSQ a maintenu son opposition et a poursuivi sa campagne de relations publiques, dénonçant notamment leurs « libertés fondamentales menacées » et « l'intrusion de l'État dans la relation thérapeutique »⁷⁷.

C'est la contingence d'événements historiques qui aura finalement scellé l'issue de ce conflit : les événements d'octobre 1970 (la Crise d'octobre) ont eu pour effet de reléguer au second plan cet enjeu et les médecins spécialistes ont été contraints d'intégrer le système de santé public, en l'absence momentanée de support de l'opinion publique à leur égard⁷⁸. La *Loi sur l'assurance maladie* établissant la gratuité des soins médicaux est entrée en vigueur le 1^{er} novembre 1970.

⁷³ *Id.*, p. 57; G. DUSSAULT, préc., note 70.

⁷⁴ J. FACAL, préc., note 17, p. 57.

⁷⁵ *Id.* Notamment, en établissant la possibilité pour un médecin d'œuvrer en dehors du régime (ou le principe de l'« *opting out* »), mais seulement sous certaines conditions. Ces conditions étaient notamment qu'il serait établi un maximum de 3% des effectifs médicaux de chaque spécialité – et de chaque région – pouvant se désengager du régime. Cette clause a été jugée inacceptable par la FMSQ, arguant que « le désengagement est un droit fondamental ».

⁷⁶ *Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ, c. A-29.

⁷⁷ J. FACAL, préc., note 17, p. 49.

⁷⁸ *Id.*

Les luttes de pouvoir exercées par les regroupements médicaux pour préserver leur statut de travailleur autonome témoignent de l'importance accordée par la profession à écarter toute intrusion de l'État dans leur pratique professionnelle. Cette vision n'est pas sans conséquence sur la capacité du système à intégrer ses services de santé et à favoriser la collaboration interprofessionnelle⁷⁹. Ce mode d'organisation préconisé par les médecins explique en partie leur réticence à travailler en interdisciplinarité au sein des équipes interprofessionnelles qui elles, se trouvent majoritairement dans les établissements publics⁸⁰.

La préservation du paiement à l'acte comme élément central du statut des médecins est considérée comme un « obstacle semi-permanent »⁸¹ (traduction libre) aux réformes des soins de santé primaire, du point de vue de plusieurs auteurs⁸². En effet, les fédérations

⁷⁹ Debbie LONG, Rowena FORSYTH, Rick IEDEMA et Katherine CARROLL, « The (im)possibilities of clinical democracy », (2006) 15-5 *Health Sociology Review* 506.

⁸⁰ Raynald PINEAULT, Jean-Frédéric LEVESQUE, Danièle ROBERGE, Marjolaine HAMEL, Paul LAMARCHE et Jeannie HAGGERTY, *L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec. Rapport de recherche soumis aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et à la Fondation Canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)*, Longueuil, Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine, Gouvernement du Québec, 2008, en ligne : <<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1870263>> (consulté le 3 novembre 2016) : En date de 2009, 73% des organisations médicales de première ligne, couvrant 57% des utilisateurs de services, avaient un modèle d'organisation qui se caractérisaient par une interdisciplinarité peu développée (organisations de trois types : « prestataire unique », « professionnel de contact » et « professionnel de coordination »). Inversement, seulement 27% des organisations (couvrant 26% des utilisateurs de services) avaient un modèle d'organisation se caractérisant par une interdisciplinarité développée, soit de deux types : « professionnel de coordination intégrée » et « communautaire ».

⁸¹ G. P. MARCHILDON et K. SCHRIJVERS, préc., note 17, p. 222; « *In Canada, the government was generally perceived to have won the strike. However, in reality, organized medicine was able to improve the economic position of its members even while it preserved the contractual system of remuneration and private practice, protected the role of physicians at the center of the healthcare system, and prevented major changes to primary healthcare* ». (p. 222).

⁸² Jean-Louis DENIS, Marie-Pascale POMEY, Roxane BORGÈS DA SILVA, Caroline CAMBOURIEU, Carl-Ardy DUBOIS, Raynald PINEAULT et Catherine RÉGIS, *Rémunération médicale et gouvernance clinique performante : une analyse comparative. Rapport de recherche Programme Actions concertées. Regards sur les modes de rémunération des médecins*, Montréal, Fonds de recherche Société et Culture, 2017, en ligne : <http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC_DenisJ-L_rapport_Remuneration-medicale.pdf/c04d90d6-ef8c-4919-b921-ee508d62aa76> (consulté le 13 mars 2017); P. A. LAMARCHE, R. PINEAULT et Y. BRUNELLE, préc., note 13; COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Le projet de loi no 20, L'accès aux services médicaux et les activités de procréation assistée au Québec. Mémoire déposé à la Commission de la santé et des services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, en ligne : <<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2456316>> (consulté le 3 novembre 2016); VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016. Vérification de l'optimisation des ressources*, Québec, Vérificateur général du Québec, 2015, en ligne :

médicales ont maintenu une réticence continue à intégrer les équipes interprofessionnelles, d'abord mises en place par le premier réseau de première ligne au Québec dans les années 1970 : les CLSC. En effet, initialement, le rapport de la Commission Castonguay-Nepveu faisait état de quatre principes fondamentaux qui devaient à l'origine orienter la réorganisation du réseau de la santé. Ces principes étaient : 1) la priorisation des services de première ligne « fournis par les médecins généralistes et les travailleurs sociaux »⁸³, 2) l'augmentation de la participation des autres professionnels et des citoyens aux instances décisionnelles – plutôt que seuls les médecins, 3) la décentralisation partielle des pouvoirs de décision vers des instances régionales et 4) la reconnaissance légale du statut de professionnels à d'autres groupes que les médecins⁸⁴, tels qu'ergothérapeutes et physiothérapeutes. Malgré ces louables intentions, les pressions politiques exercées par les regroupements médicaux semblent expliquer en grande partie pourquoi cette vision de la première ligne ne s'est pas implantée au Québec tel que prévu.

Le pouvoir historique de la profession médicale sur l'organisation des soins et services prend donc racine dans la capacité des organisations médicales à se mobiliser, dans les importants moyens de pression qu'elles mettent en place pour faire valoir leurs intérêts et, aussi, dans le niveau d'attention portée par le législateur à l'égard de ces pressions politiques. Encore à ce jour, la défense de la vision libérale de la médecine est intrinsèquement liée à la difficulté, au Québec et ailleurs, de voir s'établir des équipes interprofessionnelles efficaces au sein du réseau public, particulièrement en première ligne⁸⁵.

ii. Influence des regroupements médicaux dans l'élaboration et la révision de la LSSSS : Un cheval de Troie assumé

Une autre loi fondamentale a été adoptée à cette époque : la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* de 1971, « pièce de résistance de la réforme »⁸⁶. Se basant sur les quatre principes fondamentaux du Rapport Castonguay-Nepveu, cette loi a mis sur pied les

<http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2015-2016-VOR-Automne/fr_Rapport2015-2016-VOR.pdf> (consulté le 14 mars 2017).

⁸³ J. FACAL, préc., note 17, p. 46.

⁸⁴ J. FACAL, préc., note 17.

⁸⁵ Raymond HUDON, Rachel MATHIEU et Élisabeth MARTIN, « Pouvoir médical et interventions législatives au Québec, 2001-2008 », (2009) 50-2 *Recherches sociographiques* 255.

⁸⁶ J. FACAL, préc., note 17, p. 53.

premières structures de soins de première ligne interdisciplinaire au Québec, soit les CLSC⁸⁷. Un principe de gouvernance y a été inclus dès sa première mouture : des représentants élus des travailleurs de l'établissement devraient siéger au conseil d'administration des établissements⁸⁸.

La première révision majeure de cette loi s'est opérée dans la décennie suivante, dans le contexte d'une réforme plus large, et à la suite du dépôt du Rapport Rochon⁸⁹ en 1987⁹⁰. Ce rapport, dressant le premier bilan du système, conduira à l'adoption de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* de 1991, où seront notamment créés le conseil multidisciplinaire (CM) et le conseil des infirmières et infirmiers (CII), en réponse à des revendications menées par des ordres professionnels.

Ces nouvelles luttes de pouvoir au cours du processus d'adoption de cette loi et ses effets sur le pouvoir d'influence subséquent des médecins et des autres professionnels au sein des établissements seront ici présentés. Nous dresserons quelques éléments de cette période qui soulignent l'intérêt, à ce jour, de se pencher sur l'influence relative des différents groupes de professionnels, de par la configuration de la LSSSS.

D'une part, le rapport Rochon est catégorique sur les causes des problèmes d'adaptation du système de santé québécois à l'évolution des besoins de la population :

« Tout se passe comme si le système était devenu prisonnier des innombrables groupes d'intérêt qui le traversent : groupes de producteurs, groupes d'établissements, groupes de pressions issus de la communauté, syndicats, etc.; que seule la loi du plus fort opérerait et que les mécanismes démocratiques d'arbitrage ne suffisaient plus; que la personne à aider, la population à desservir, les besoins à

⁸⁷ *Id.* Ce mode d'organisation des services prévoyait « des équipes de médecins généralistes, de travailleurs sociaux et d'organismes communautaires [qui auraient] pour tâche de répondre aux besoins sociaux et de santé de base des communautés locales » (p. 53); Ultiment, les regroupements médicaux se sont opposés à ce mode d'organisation des services, ce qui a mené à un développement parallèle de cliniques médicales dont la gestion est privée, et ultérieurement à la priorisation du développement des GMF comme mode d'organisation du réseau de première ligne au début des années 2000 : Jean TURGEON, Robert JACOB et Jean-Louis DENIS, « Québec : cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010) », (2011) 30-1 *Les Tribunes de la santé* 57.

⁸⁸ M. GIROUX, G. ROCHER et A. LAJOIE, préc., note 17. C'est notamment à ce niveau que les professionnels de la santé et des services sociaux tels qu'infirmières, travailleurs sociaux, physiothérapeutes et ergothérapeutes ont orienté leurs revendications (via les ordres professionnels) lors des révisions ultérieures de la LSSSS, à savoir que soient désignés des membres provenant du CM et du CII au conseil d'administration de chaque établissement public.

⁸⁹ Jean ROCHON, *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 1988.

⁹⁰ M. GIROUX, G. ROCHER et A. LAJOIE, préc., note 17.

combler, les problèmes à résoudre, bref le bien commun, avaient été oubliés au profit des intérêts propres à ces divers groupes. »⁹¹

D'autre part, l'une des visées du Rapport Rochon est établie dès le début du processus de réforme et concerne spécifiquement le constat de l'influence excessive de certains groupes d'intérêts⁹² :

« Par son rapport, la Commission vise à fournir à toutes les personnes et à tous les groupes d'intérêts du domaine de la santé et des services sociaux une nouvelle base de discussion, d'échange et de débat. Elle souhaite ainsi fournir l'occasion d'établir un **nouvel équilibre des rapports de force**, qui parvienne à recentrer le système sur ses véritables objectifs. »⁹³

Enfin, le caractère incomplet et discontinu de la prestation des services est relevé comme une lacune majeure à traiter :

« Le manque de collaboration et de concertation a particulièrement été noté (...). En résumé, un système, où chacun définit en vase clos son propre champ d'intervention, favorise les dédoublements et l'émergence de zones grises en matière de services et de clientèles rejointes, amène des services discontinus et incomplets. Les gens ont alors l'impression d'être ballotés d'un endroit à l'autre, alors qu'ils cherchent au contraire une personne solide et compétente sur qui s'appuyer, chez qui trouver de l'aide. »⁹⁴

Ce rapport formule enfin des orientations fondamentales, lesquelles incluent notamment de centrer le système sur l'atteinte de résultats pour les usagers, plutôt que de répondre aux pressions de groupes ayant leurs intérêts à défendre, d'opter pour une approche intersectorielle en santé ainsi que d'adopter une approche populationnelle qui permet d'agir sur les facteurs déterminants des problèmes⁹⁵.

Paradoxalement, il ressort que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* de 1991, qui devait traduire les orientations du rapport Rochon, a finalement été fortement influencée par divers groupes de professionnels, particulièrement un regroupement d'associations de médecins⁹⁶. Cette influence a fait l'objet d'une analyse complète par les auteurs Giroux et al., qui soulignent d'entrée de jeu que c'est la volonté de diminuer le degré

⁹¹ J. ROCHON, préc., note 89, p. 407; M. GIROUX, G. ROCHER et A. LAJOIE, préc., note 17.

⁹² M. GIROUX, G. ROCHER et A. LAJOIE, préc., note 17, p. 671 : « Ce n'est pas tant l'existence de ces groupes à l'intérieur du système de santé qui pose problème, mais leur effet paralysant sur le système ».

⁹³ J. ROCHON, préc., note 89, p. 14 (PDF); M. GIROUX, G. ROCHER et A. LAJOIE, préc., note 17.

⁹⁴ J. ROCHON, préc., note 89, p. 410.

⁹⁵ M. GIROUX, G. ROCHER et A. LAJOIE, préc., note 17, p. 671.

⁹⁶ M. GIROUX, G. ROCHER et A. LAJOIE, préc., note 17.

d'influence des groupes de professionnels, dont on estime qu'ils « tiennent le réseau en otage », qui a grandement motivé l'adoption d'un discours empreint d'une « idéologie démocratique de la participation »⁹⁷.

Même avant le dépôt du projet de loi qui allait conduire à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* de 1991, la question des solutions au déséquilibre des rapports de force entre les différents groupes d'intérêts était omniprésente : « les acteurs de la scène étatique entreprennent (...) de jauger les rapports de force qui se jouent dans le système de santé et croient pouvoir les rééquilibrer par une intervention assez musclée de la part de l'État. »⁹⁸ Également, lors des consultations sur l'avant-projet de loi, le ministre de la santé de l'époque a orienté les discussions à travers le prisme de l'analyse suivante : « on a constaté que la réforme allait exiger qu'on touche au pouvoir et au statut des médecins dans le milieu hospitalier. »⁹⁹

Suite à la présentation du projet de loi, le milieu médical a immédiatement demandé le retrait de celui-ci¹⁰⁰. Parallèlement, une coalition de dix ordres professionnels (excluant les médecins) s'est créée et celle-ci dénonçait principalement « la vision unidimensionnelle de la santé axée sur le curatif »¹⁰¹, ainsi que l'absence d'instance pour représenter adéquatement les professionnels de la santé et des services sociaux autres que les médecins à l'intérieur des établissements. C'est cette dernière critique qui a mené à la création du CM et du CII. La coalition demandait en outre une meilleure représentation au sein du conseil d'administration, ce qu'ils ont obtenu¹⁰².

⁹⁷ *Id.*, p. 675. À noter que peu d'écrits recensés dans le cadre de cet essai n'ont abordé avec cette précision chronologique les stratégies politiques des regroupements médicaux pour influencer un processus législatif au Québec.

⁹⁸ *Id.*, p. 682.

⁹⁹ *Id.*, p. 679. Les discussions ont également été orientées sur la faible accessibilité aux services (listes d'attente, difficulté à combler les besoins sociaux en émergence) et le manque de complémentarité et de concertation entre les professionnels de la santé, notamment.

¹⁰⁰ *Id.*, p. 664. Les auteurs décrivent que les regroupements médicaux, outre le fait de demander le retrait du projet de loi, n'ont soumis aucune proposition d'amendement au projet de loi. Ce n'est que lors du processus final de négociation à la veille de l'adoption du projet de loi que les demandes des regroupements médicaux ont été reformulées en propositions d'amendements législatifs.

¹⁰¹ *Id.*, p. 663.

¹⁰² M. GIROUX, G. ROCHER et A. LAJOIE, préc., note 17. Ces professionnels étaient : diététistes, ergothérapeutes, inhalothérapeutes, orthophonistes et audiologistes, physiothérapeutes, psychologues, techniciens en radiologie, technologistes médicaux et travailleurs sociaux.

Malgré la diversité des acteurs professionnels ayant pris part aux consultations, c'est principalement dans le but de répondre au mécontentement des regroupements médicaux que le processus législatif a été retardé plusieurs fois et que 250 amendements au projet de loi (qui contenait 494 articles) ont été déposés par le ministre de la santé¹⁰³. De plus, l'étude article par article de ce projet de loi ne s'est pas déroulée normalement. En effet, une « mini commission parlementaire »¹⁰⁴, un processus inhabituel, a été organisée pour entendre une nouvelle fois les demandes de six groupes ciblés, incluant un groupe représentatif des médecins, qui comptait les fédérations médicales (FMSQ et FMOQ), le Collège des médecins ainsi que l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDPQ)¹⁰⁵.

Cette courte consultation supplémentaire semble avoir été déterminante dans les luttes de pouvoirs des principaux acteurs mobilisés, soit principalement les médecins¹⁰⁶. En effet, la coalition des dix ordres professionnels n'a pas été entendue lors de cette consultation additionnelle qui s'est avérée névralgique. Parallèlement, c'est également le regroupement des médecins qui a donné le plus de visibilité à ses demandes, par l'entremise de campagnes de relations publiques auprès de leurs patients, de menaces de grève, de ralentissements de travail et de manifestations. Ainsi, ils ont notamment pu obtenir des rencontres non seulement avec le ministre la santé, mais également avec le premier ministre, ce dont aucun autre groupe n'a pu bénéficier, ce qui a accentué considérablement leur pouvoir d'influence sur cette loi de 1991¹⁰⁷.

C'est en somme une véritable confrontation qui a eu lieu, préalablement à l'adoption de cette nouvelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux* de 1991. Les auteurs Giroux et al. dressent un portrait de l'effet de la mobilisation médicale : « Le ministre Côté est évidemment dans une position politique difficile. Le projet de loi qu'il a piloté et défendu est

¹⁰³ *Id.*

¹⁰⁴ *Id.*, p. 684.

¹⁰⁵ Nicholas LÉGER-RIOPEL, *Le contrôle de l'activité du médecin exerçant en centre hospitalier*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2012. L'ACMDPQ est l'association qui regroupe les CMDP, soit des instances consultatives présentes dans chaque établissement de santé et qui interviennent notamment dans la gouvernance des établissements.

¹⁰⁶ M. GIROUX, G. ROCHER et A. LAJOIE, préc., note 17. Les cinq autres groupes entendus ont été principalement des gestionnaires et des syndicats.

¹⁰⁷ *Id.*

en péril. « Sa » réforme est compromise. »¹⁰⁸ Pour illustrer l'attention qui a été accordée aux revendications des regroupements médicaux, le ministre de la santé s'était exprimé ainsi, peu avant l'adoption du projet de loi : « (...) les deux mois qui nous sont donnés, c'est deux mois pour que [les médecins] soient dans la réforme en prenant leurs idées, en les mettant sur papier et en faisant en sorte qu'on puisse les traduire de manière législative. »¹⁰⁹

L'entente qui a finalement résulté de ces négociations et qui a permis d'adopter le projet de loi en question comporte quatre éléments, qui orienteront le mode de gouvernance des établissements pour plusieurs décennies : 1) La formation du Conseil médical, organisme dédié à la rédaction d'avis au ministre de la santé au nom des médecins du réseau public concernant l'organisation des services médicaux (aucun équivalent n'est formé pour les autres professionnels), 2) L'implication des syndicats médicaux (FMOQ et FMSQ) pour la distribution des médecins sur le territoire québécois, 3) le maintien des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens et, 4) les modalités d'agrément des cabinets de médecins privés¹¹⁰.

Parallèlement, la coalition des dix ordres professionnels a également obtenu des gains importants, notamment la création du CM et du CII à l'intérieur des établissements¹¹¹. Les auteurs Giroux et al. résument ainsi le processus de création (ou de maintien, pour le CMDP) de ces instances dans la LSSSS : « [L]es pressions exercées de part et d'autres par les différents groupes professionnels ont eu comme conséquence non pas d'alléger les structures au sein des établissements, tel que le ministre Côté le voulait au départ, mais de les multiplier. »¹¹² Ces auteurs ajoutent : « (...) on peut certainement affirmer que le droit a été influencé par le pouvoir déjà existant des médecins. »¹¹³

Ces diverses luttes de pouvoir ont toutefois eu un impact non prévu et prometteur sur la portée relative du pouvoir des médecins au sein des établissements. En effet, la création de ces deux nouveaux conseils professionnels (CM et CII), au sein de la LSSSS, pouvant eux aussi

¹⁰⁸ *Id.*, p. 687.

¹⁰⁹ *Id.*, p. 688.

¹¹⁰ *Id.*, p. 689. Dans la phase finale de la commission parlementaire, 120 nouvelles modifications ont été proposées pour satisfaire aux demandes des regroupements médicaux.

¹¹¹ M. GIROUX, G. ROCHER et A. LAJOIE, préc., note 17; ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC, préc., note 26.

¹¹² M. GIROUX, G. ROCHER et A. LAJOIE, préc., note 17, p. 689.

¹¹³ *Id.*, p. 690.

intervenir dans la gouvernance d'un établissement de santé, a créé d'une part un nouveau pouvoir d'influence pour les professionnels de la santé non médecins qui n'existait pas (ou peu) auparavant¹¹⁴. D'autre part, la création de ces instances a eu pour effet de distribuer le pouvoir d'influence sur les décisions de gouvernance entre plusieurs catégories de professionnels, ce dernier étant préalablement détenu par le CMDP uniquement.

Ce nouvel état de fait avait alors le potentiel de promouvoir un équilibre de force entre les intérêts professionnels en jeu : « De la sorte, le droit [a contribué] à modifier les attitudes en donnant une voix plus importante aux professionnels de la santé autres que les médecins. À l'avenir, cela pourra peut-être venir influencer les rapports de pouvoir entre ces différents groupes de professionnels. »¹¹⁵

Le processus d'adoption de la loi de 1991 se résume ainsi, selon les auteurs :

« À mesure que progresse le processus législatif, à travers la commission parlementaire, la scène publique s'estompe au profit de négociations secrètes ou privées dans l'intention de satisfaire les intérêts divergents des différents groupes de pression qui se partagent – inégalement – le pouvoir dans la structure et le fonctionnement du système de santé. (...) Cette forme « corporatiste » d'action législative fut évidemment l'effet boomerang d'un projet de réforme entrepris par l'État pour réduire le pouvoir d'un corps médical qui demeure cependant toujours capable de se gagner l'opinion publique. »¹¹⁶

iii. Le pouvoir médical historique et la collaboration interprofessionnelle

L'historique du pouvoir médical s'insère dans la catégorie de facteurs dits macrosystémiques qui influencent la collaboration interprofessionnelle. Peu d'études ont évalué l'interrelation entre le pouvoir médical et l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle¹¹⁷, notamment parce qu'il s'agit d'un enjeu sensible. Néanmoins, certaines études retiennent l'attention dans le cadre de cet essai.

L'étude de Rogers et al. documente les facteurs systémiques externes qui favorisent ou entravent la capacité des personnes à gérer leur diabète. Cette étude relève que l'un des

¹¹⁴ M. GIROUX, G. ROCHER et A. LAJOIE, préc., note 17.

¹¹⁵ *Id.*, p. 690.

¹¹⁶ *Id.*, p. 692.

¹¹⁷ S. NELSON et al., préc., note 11; A. ROGERS et al., préc., note 43; L. JANSEN, préc., note 11; Grant M. RUSSELL, Simone DAHROUGE, William HOGG, Robert GENEAU, Laura MULDOON et Meltem TUNA, « Managing Chronic Disease in Ontario Primary Care: The Impact of Organizational Factors », (2009) 7-4 *Annals Of Family Medicine* 309.

trois thèmes majeurs, lié au contexte des services de santé et qui influencent les résultats de soins, est la prédominance de l'accent médical dans les modes de gouvernance des établissements de santé (*bio-medical tendencies and incentives in primary care*). Les auteurs résument ce constat ainsi :

« *A strong biomedical focus in the orientation of management from within the healthcare service was evident in partner countries, (...). Most respondents indicated that there was a gap between awareness of good [self-care management support] practice, the development of policy initiatives and their implementation through the healthcare system.* »¹¹⁸.

Les résultats de cette étude soulignent donc que la mise en œuvre de pratiques cliniques novatrices pour les maladies chroniques (l'auto-prise en charge du diabète, par exemple), qui sont pourtant bien étayées dans la littérature scientifique et inscrites dans des politiques, serait un défi de taille au niveau de l'implantation sur le terrain, particulièrement causé par la prédominance de l'accent médical dans la gestion de la prestation des services¹¹⁹.

Par ailleurs, les auteurs soulèvent un autre aspect de gouvernance teinté par la prédominance de l'accent médical : la reddition de comptes exigée aux établissements. En effet, les auteurs soulignent que les priorités des établissements ont traditionnellement tendance à s'aligner aux incitatifs financiers et à la reddition de comptes qui leur est exigée. Or, la reddition de comptes serait largement orientée vers des indicateurs médicaux, ce qui contribuerait à la priorisation de l'accent médical dans l'organisation des services¹²⁰ (par exemple : le nombre de chirurgies réalisées, le pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille, les délais d'attente pour les tests diagnostiques). Les auteurs de cette même étude concluent, en somme, que l'orientation médicale de la reddition de comptes fait également en sorte que davantage de ressources sont allouées pour des priorités médicales¹²¹. Autrement dit, si le niveau macrosystémique (incitatifs financiers) a une orientation fortement médicale, cela se traduira fort probablement par une orientation

¹¹⁸ A. ROGERS et al., préc., note 43, p. 6.

¹¹⁹ A. ROGERS et al., préc., note 43; J.-L. BELCHE et al., préc., note 12. Par exemple, les indicateurs de santé ciblés par les traitements médicaux incluent l'hémoglobine glyquée, la protéine c réactive, la fonction respiratoire, etc., alors que les indicateurs de bien-être tels que l'autonomie, la capacité fonctionnelle ou la qualité de vie sont moins ciblés par les traitements, notamment parce que ces indicateurs sont non spécifiques à une maladie (le modèle actuel étant centré sur la maladie).

¹²⁰ A. ROGERS et al., préc., note 43, p. 7 : « *Priorities of health care organisations might be incompatible or contradictory to [self-care management support]. For example nonincentivised items tend to be downplayed through a prioritisation of the bio-medical focus of incentivised work* ».

¹²¹ *Id.*, p. 9.

médicale dans la gouvernance locale (niveau mésosystémique), quant à l'allocation des ressources et l'organisation des services en vue de combler les besoins (médicaux) de la population.

La question des luttes de pouvoir entre les professionnels de la santé et des services sociaux est identifiée comme un facteur qui peut influencer négativement la collaboration interprofessionnelle¹²². Par exemple, des professionnels peuvent percevoir que leur niveau d'autonomie et de responsabilité est limité par le médecin¹²³. Également, tel que relevé par l'auteure Perreault, les médecins détiennent une certaine autorité légale, notamment en matière de prescription de médicaments, de références vers les autres professionnels et médecins spécialistes, et exercent une profession ancrée dans des principes d'autonomie, de responsabilité et d'expertise¹²⁴, ce qui peut représenter une barrière à la collaboration et à la délégation auprès des autres professionnels de la santé et des services sociaux.

Enfin, une récente étude de Deschodt et al. (2015) réalisant une recension internationale des pratiques en matière d'évaluation gériatrique interdisciplinaire en milieu hospitalier (un mode d'intervention considéré comme l'approche à privilégier auprès des aînés fragiles hospitalisés), a relevé que dans les faits, et contrairement aux bonnes pratiques dans la littérature, les équipes interdisciplinaires étaient davantage centrées sur les aspects médicaux, et moins sur les aspects de l'autonomie fonctionnelle et les aspects psychologiques et sociaux de la personne. En effet, la majorité des équipes interdisciplinaires décrites dans cette recension n'intervenaient pas sur les éléments minimaux essentiels reconnus par la littérature pour offrir des services de qualité à une personne âgée fragile.

Ainsi, les médecins ont un pouvoir historique prédominant pour influencer les lois, les politiques et la gouvernance dans les établissements de santé. La question du pouvoir médical semble également constituer un obstacle à la collaboration interprofessionnelle, ce qui se traduit potentiellement par des résultats sous-optimaux de santé chez la population.

¹²² Linda L. LINDEKE et Derryl E. BLOCK, « Maintaining Professional Integrity in the Midst of Interdisciplinary Collaboration », (1998) 46-5 *Nursing Outlook* 213; Kadija PERREULT, *Pratiques interprofessionnelles des physiothérapeutes qui œuvrent dans le secteur privé au Québec auprès de personnes présentant de la douleur lombaire*, thèse de doctorat, Québec, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, 2013.

¹²³ Janet Bower HULME, Betsy Wackernagel BACH et John W. LEWIS, « Communication Between Physicians and Physical Therapists », (1988) 68-1 *Physical therapy* 26; K. PERREULT, préc., note 122.

¹²⁴ K. PERREULT, préc., note 122; J. PERREULT, préc., note 33.

En somme, les auteurs Mulvale et al. soulignent toute la pertinence de s'intéresser au contexte plus large qui entoure les équipes interprofessionnelles, ce qui inclut l'influence prédominante de l'accent médical :

« A key lesson [...] is that collaboration is needed beyond the team itself, and must include actions of policy-makers, organizational leaders, health care team leads and individual professionals if [interprofessional primary care teams] are to realize their promise of bettering address patient needs, particularly those with chronic and complex conditions. »¹²⁵

Pour poursuivre l'analyse des obstacles à la collaboration qui se situent au-delà de l'équipe elle-même, le contexte économique des soins et services de santé au Québec sera analysé.

B. Les obstacles liés contexte économique

Les aspects économiques touchant au système de santé québécois font partie des éléments macrosystémiques et mésosystémiques qui influencent la collaboration interprofessionnelle. Parmi ces aspects économiques, ces éléments seront étudiés sommairement : 1) le mode de rémunération des médecins, incluant les incitatifs financiers offerts aux médecins et aux établissements, 2) la structure de financement du système de santé et des établissements de santé, ainsi que 3) les décisions d'allocation des ressources financières au sein même des établissements.

i. Le mode de rémunération des médecins comme obstacle semi-permanent

Dans son rapport d'appréciation de la performance dédié spécifiquement à l'organisation des services en matière de maladies chroniques, le Commissaire à la santé et au bien-être (ci-après « **CSBE** ») relevait en 2010 que pour améliorer la performance des services, il était impératif que les modalités de rémunération des médecins soient alignées sur les objectifs de réorganisation des soins de première ligne¹²⁶. L'un de ces objectifs de réorganisation est

¹²⁵ G. MULVALE, M. EMBRETT et S. D. RAZAVI, préc., note 15, p. 11.

¹²⁶ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, préc., note 10; COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, préc., note 30; Depuis l'instauration du régime d'assurance maladie en 1970, différentes recommandations ont été présentées au gouvernement consistant en la modification du mode de rémunération des médecins, notamment pour favoriser le suivi systématique des patients : Claude CASTONGUAY, Joanne MARCOTTE et Michel VENNE, *Rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé. En avoir pour notre argent : Des services accessibles aux patients, un financement durable, un système productif, une responsabilité partagée*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, p. 24, en ligne :

que les professionnels de la santé intègrent leurs expertises et travaillent en équipe. Il faut donc que les modalités de rémunération soient cohérentes avec un tel objectif. Or, le Québec est encore évalué comme étant « le bastion de la rémunération à l'acte au Canada »¹²⁷ et on qualifie encore ce domaine d'action (modifier le mode de rémunération des médecins) comme ayant un caractère « extrêmement sensible et politisé »¹²⁸.

Malgré les efforts du législateur dans différentes juridictions du Canada pour introduire de nouvelles modalités de rémunération médicale, entre 2008 et 2015, le pourcentage du total des paiements cliniques représenté par la rémunération à l'acte est demeuré entre 71% et 73%, ce qui démontre en fin de compte une stabilisation de la proportion de la rémunération à l'acte (parmi les autres modes de rémunération) au sein des paiements totaux offerts aux médecins¹²⁹. Au Québec, pour l'année 2013-2014, la rémunération à l'acte représentait 62% (3,9 milliards de dollars) du total de la rémunération médicale¹³⁰. Pour illustrer l'ampleur de la complexité de ce mode de rémunération, en 2013-2014, environ 11 000 codes d'actes médicaux ont fait l'objet de remboursements par la Régie de l'assurance maladie du Québec (ci-après « **RAMQ** »), représentant grosso modo 55 millions de demandes de paiement traitées¹³¹.

L'auteure Jansen analyse les facteurs systémiques qui expliquent les échecs de divers systèmes de santé au Canada à assurer la pérennité des initiatives basées sur la collaboration interprofessionnelle au sein d'équipes en première ligne¹³². L'une des contraintes économiques clés identifiées est la résistance des regroupements de médecins aux tentatives de diminuer substantiellement la proportion du mode de rémunération à l'acte

<http://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/financementsante/fr/rapport/pdf/RapportFR_FinancementSante.pdf> (consulté le 3 novembre 2016).

¹²⁷ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, préc., note 82, p. 13.

¹²⁸ *Id.*, p. 14; Les auteurs Lamarche et al. qualifient cet enjeu de « très délicate question », « ayant une valeur très symbolique au sein de la profession » et « perçue comme la source et l'expression de leur autonomie face aux organisations de santé » : P. A. LAMARCHE, R. PINEAULT et Y. BRUNELLE, préc., note 13, p. 26.

¹²⁹ INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Les médecins au Canada, 2015. Rapport sommaire*, Ottawa, 2016, p. 15, en ligne : <https://secure.cih.ca/free_products/Rapport_Sommaire_2015_FR.pdf> (consulté le 14 mars 2017).

¹³⁰ VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, préc., note 82; J.-L. DENIS et al., préc., note 82.

¹³¹ VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, préc., note 82, p. 7.

¹³² L. JANSEN, préc., note 11.

au profit d'autres modes, en vue de favoriser l'intégration des médecins dans ces équipes multidisciplinaires.

L'adaptation du mode de rémunération des médecins fait pourtant partie des caractéristiques clés des systèmes de santé les plus performants¹³³. La logique derrière est que le mode de rémunération des médecins a un impact sur la prestation et l'organisation des activités cliniques du médecin et de l'équipe¹³⁴. Une rémunération mixte favoriserait l'interdisciplinarité, permettrait de mieux répondre aux besoins diversifiés caractéristiques des personnes ayant des maladies chroniques, faciliterait l'adoption des nouvelles modalités de prestation des soins et contribuerait à améliorer l'accessibilité des services¹³⁵. Également, les auteurs Pineault et al. relèvent que l'une des plus importantes contraintes à la mise en place de mécanismes de collaboration interprofessionnelle en première ligne est le mode de rémunération des médecins, ainsi que la structure et le mode de budgétisation des établissements¹³⁶. De plus, un rapport de recherche récent, où les auteurs ont analysé les impacts de différents modèles de rémunération médicale dans différentes juridictions sur les comportements des médecins et les composantes du système de santé, énonce que la rémunération à salaire semble favoriser l'accès et la continuité des services¹³⁷.

¹³³ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, préc., note 82; Les organisations de première ligne les plus performantes ont comme caractéristique que « le salariat ou la capitation dominant largement comme modes de rémunération des médecins » : P. A. LAMARCHE, R. PINEAULT et Y. BRUNELLE, préc., note 13, p. 20; La modification des modes de rémunération des médecins est identifiée comme une condition incontournable pour réussir les transformations qui visent les services de première ligne et « pour que les GMF et les [CISSS/CIUSSS] puissent assumer leur responsabilité à l'égard de la population » : R. PINEAULT et al., préc., note 6, p. 5; La prédominance du mode de rémunération à l'acte est identifié comme contrainte principale faisant en sorte que les réformes en santé n'atteignent pas les résultats escomptés : M. RAMESH, Xun WU et Alex Jingwei HE, « Health governance and healthcare reforms in China », (2014) 29-6 *Health Policy and Planning* 663, p. 7.

¹³⁴ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, préc., note 82; M. RAMESH, X. WU et A. J. HE, préc., note 133.

¹³⁵ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, préc., note 82.

¹³⁶ R. PINEAULT et al., préc., note 6.

¹³⁷ J.-L. DENIS et al., préc., note 82, p. 44. Dans cette étude, les auteurs présentent sept constats sur les effets des différents modes de rémunération, issus de l'analyse d'une revue de littérature. Trois constats concernent particulièrement le sujet du présent essai : 1) « Les effets rapportés sur les modèles de rémunération médicale indiquent qu'ils ont tous une capacité à produire des effets sur l'offre et la demande de soins, l'organisation et le financement des soins et par ricochet sur la performance des systèmes de santé, mais la prudence est exigée quant à leur interprétation. » (p. 46); 2) « Les effets nombreux et diversifiés des modèles de rémunération rendent difficiles l'établissement d'une direction claire à privilégier. Malgré ces limites, il importe de développer des alternatives en matière de politiques de rémunération médicale pour répondre à des enjeux prioritaires sur le plan de l'adaptation de l'offre de soins et des systèmes de santé. » (p. 49); 3) « Les effets recensés informent rarement sur la santé populationnelle, l'adéquation des mesures de qualité clinique avec

Une étude réalisée en 2009 en Ontario a comparé la qualité de la prise en charge des maladies chroniques à travers quatre modèles d'organisation des services¹³⁸. Il ressort que la prise en charge des maladies chroniques dans les centres de santé communautaire (CHC), où le mode de rémunération des médecins est à salaire, était supérieure à celle des autres types d'organisation, où le mode de rémunération des médecins est principalement à l'acte. Au Québec, des études semblables ont évalué les différents modèles d'organisation des services de première ligne, leurs caractéristiques, leurs résultats auprès de la population et leurs résultats en termes d'efficience¹³⁹. Le modèle communautaire, à l'instar de l'Ontario, est le seul modèle où les médecins sont rémunérés principalement à salaire¹⁴⁰. Les auteurs relèvent que globalement, le modèle communautaire et le modèle professionnel de coordination intégré sont ceux qui performant le mieux, notamment au niveau de l'expérience de soins, de l'accessibilité et des résultats des soins, et qu'ils sont les mieux adaptés pour relever le défi de la prise en charge des personnes ayant des maladies chroniques.

Le CSBE recommandait déjà en 2009 « que soient implantés de nouveaux modèles de rémunération médicale fondés sur une mixité de modalités [incluant] des portions de salaire

les besoins des patients ou encore le degré d'intégration du médecin à l'organisation » (p. 49). Ce dernier constat revient à affirmer que lorsque l'on analyse les effets d'un changement du mode de rémunération, on étudie peu les effets sur la santé de la population, par exemple une diminution du recours aux anti-inflammatoires pour les personnes ayant une douleur chronique suite à l'introduction d'incitatifs financiers pour les rencontres interdisciplinaires en première ligne (exemple fictif).

¹³⁸ G. M. RUSSELL et al., préc., note 117. Ces modèles d'organisation sont : *Community Health Center (CHC)* ; *Fee for Service (FFS)*, *Family Health Groups (FHG)*, *Family Health Network (FHN)* et *Health Service Organization (HSO)*.

¹³⁹ R. PINEAULT, S. PROVOST, M. HAMEL, A. COUTURE et J. F. LEVESQUE, « L'influence des modèles d'organisation de soins de santé primaires sur l'expérience de soins de patients atteints de différentes maladies chroniques », (2011) 31-3 *Maladies chroniques et blessures au Canada* 120. Les modèles d'organisation qui prennent place au Québec sont : le modèle à prestataire unique, le modèle de contact, le modèle professionnel de soins de coordination, le modèle de coordination intégrée et le modèle communautaire.

¹⁴⁰ *Id.* Cette étude a notamment étudié l'accessibilité pour sept groupes d'utilisateurs ayant des conditions de santé distinctes (problèmes cardiaques, problèmes respiratoires, arthrite, facteurs de risque cardiovasculaires, autres problèmes de santé, sans maladie chronique). Leurs résultats indiquent que : « L'accessibilité de premier contact est meilleure pour les modèles de contact et de coordination intégrée (...) dans tous les groupes de maladies chroniques et le groupe sans maladie chronique. Le modèle communautaire figure également parmi les modèles les plus accessibles pour le groupe des problèmes arthritiques et [ceux] avec problèmes respiratoires. » (p. 126). De plus : « Les deux modèles de coordination et le modèle communautaire affichent aussi un meilleur processus de soins et de meilleurs résultats de soins que le modèle de contact pour le groupe sans maladie chronique et les groupes des maladies arthritiques et respiratoires » (p. 129).

(...), une portion de capitation (...) [et] une portion de paiement à l'acte pour certaines activités de premier contact ou de prévention »¹⁴¹. Cette rémunération mixte devait également :

« [être] compatible avec la pratique de groupe interdisciplinaire et favoriser la substitution et la complémentarité interprofessionnelle à l'intérieur de la pratique clinique; être ajustée pour favoriser les nouvelles modalités de consultation autres que la visite médicale en personne et inclure une portion de rémunération (...) fondée sur l'atteinte de cibles cliniques convenues en fonction des besoins en soins des populations desservies. »¹⁴²

Des incitatifs financiers peuvent également être mis en place pour influencer le comportement des médecins en vue d'améliorer notamment l'accès aux services et les délais d'attente¹⁴³. Ces incitatifs peuvent cependant avoir des effets délétères. En effet, les résultats d'une étude longitudinale démontrent qu'à moyen-long terme, les activités cliniques non visées par des incitatifs semblent négligées¹⁴⁴. Les auteurs concluent que les systèmes d'incitatifs financiers versés aux médecins comportent d'importantes limitations et ils soulignent l'importance d'évaluer l'effet des incitatifs autant sur les activités cliniques faisant l'objet d'incitatifs que sur les activités qui n'en font pas l'objet, ce qui ne semble pas être une pratique courante. En effet, au Québec, selon le rapport du vérificateur général de 2015 :

« [D]es objectifs ont été déterminés pour la quasi-totalité des mesures incitatives analysées mais, sauf quelques exceptions, ils ne sont accompagnés d'aucune cible ni d'aucun indicateur permettant d'évaluer le degré d'efficacité de celles-ci. De plus, lorsque les résultats obtenus montrent peu ou pas d'amélioration dans la prestation

¹⁴¹ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, préc., note 30, p. 54; Cette recommandation rejoint celle du Groupe de travail sur le financement du système de santé (2008) et le rapport « Modes d'organisation des services prometteurs pour le Québec », déposé en 2007 : C. CASTONGUAY, J. MARCOTTE et M. VENNE, préc., note 126; P. A. LAMARCHE, R. PINEAULT et Y. BRUNELLE, préc., note 13.

¹⁴² COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, préc., note 30, p. 54.

¹⁴³ Par exemple, des mesures incitatives pour réduire les délais pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste après la consultation d'un généraliste : C. CASTONGUAY, J. MARCOTTE et M. VENNE, préc., note 126; Les incitatifs financiers visant spécifiquement à réduire les délais d'attente incluent la rémunération à la performance, la rémunération pour des gestes cliniques posés par les pharmaciens et l'ajout de la possibilité de facturer l'évaluation gériatrique clinique : INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, préc., note 1, p. 77.

¹⁴⁴ Tim DORAN, Evangelos KONTOPELIS, Jose M. VALDERAS, Stephen CAMPBELL, Martin ROLAND, Chris SALISBURY et David REEVES, « Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework », (2011) 342 *The BMJ* d3590, p. 5 (PDF). « *Incentives had little apparent impact on non-incentivised activities in the short term, but seem to have had some detrimental effects in the longer term, possibly because of practices focusing on patients for whom rewards applied.* ».

de services, les actions entreprises par le MSSS pour corriger la situation sont insuffisantes. »¹⁴⁵

C'est donc dire que si la collaboration interprofessionnelle n'est pas ciblée par des incitatifs financiers (par exemple des incitatifs à participer aux rencontres interdisciplinaires pour les usagers vulnérables), il y a peu de chances qu'elle soit priorisée.

Certains incitatifs peuvent également être utilisés pour rémunérer les milieux cliniques (contrairement à rémunérer directement les médecins). Le CSBE recommandait d'ailleurs en 2010 d'instaurer des incitatifs financiers à l'amélioration de la qualité et à la réponse aux besoins de la population, incitatifs qui seraient versés aux milieux cliniques de première ligne¹⁴⁶, une mesure très peu utilisée au Québec. Ces auteurs suggèrent que ces incitatifs liés à la performance devraient être fondés sur l'atteinte de résultat sur la santé de la population et qu'ils devraient être combinés à d'autres incitatifs de nature organisationnelle ou systémique afin de réduire certains effets indésirables (comme la réduction de la qualité des services qui ne font pas l'objet d'incitations).

En somme, les auteurs Hutchison et al. dressent une analyse des vagues de réformes qui ont eu lieu dans les divers systèmes de santé du Canada. Les auteurs exposent notamment que la « 3^e vague d'innovation dans les soins primaires », se déroulant depuis les années 90, a eu comme principal objectif de tester de nouvelles structures de soins de santé primaire (par exemple les GMF au Québec), ainsi que d'autres projets pilotes de collaboration interprofessionnelle en première ligne. Cependant, les auteurs concluent :

« The “politics of getting there” is often lost in the model-building exercise and in the model builders’ enthusiasm for their creations. Advocates of “big bang” change have paid insufficient attention to the starting point for primary care reform—a system dominated by small-group and solo fee-for-service physician providers, which reflects the accommodation between physicians and government on which Canada’s publicly funded health care system is based. »¹⁴⁷

¹⁴⁵ VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, préc., note 82, p. 30; L'Ontario a mis en place un modèle de rémunération qui accorde des incitatifs financiers aux prestataires de services dont la pratique se base sur les données probantes pour le traitement des maladies chroniques, il s'agit de la notion d'« actes médicaux de qualité clinique » : J. SMITH, préc., note 37, p. 75.

¹⁴⁶ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, préc., note 10.

¹⁴⁷ B. HUTCHISON, J. ABELSON et J. LAVIS, préc., note 29, p. 10.

ii. Le financement du système de santé et des établissements, un long fleuve tranquille

La structure de financement des établissements de santé et de services sociaux peut avoir un impact sur la capacité de ces derniers à intégrer les services de première ligne¹⁴⁸. En effet, le financement a un impact majeur sur les modalités organisationnelles et les pratiques cliniques, et peut ainsi influencer l'accès et la qualité des services¹⁴⁹.

Le système de santé québécois permet principalement que soient assurés publiquement les soins offerts par les médecins ainsi que ceux offerts dans les établissements gérés publiquement tels que les CISSS et les CIUSSS. Les soins médicaux et les soins offerts en milieu hospitalier bénéficient d'une couverture complète, alors que les services des autres professionnels et ceux offerts en dehors des installations publiques sont couverts partiellement ou sont non couverts¹⁵⁰. La primauté de la couverture des soins médicaux et du milieu hospitalier découle en partie de la configuration de la *Loi canadienne sur la santé*¹⁵¹, qui détermine les cinq conditions pour que soit octroyé un financement fédéral aux systèmes de santé des provinces¹⁵². Ces conditions ont grandement guidé l'établissement des principes de base du système de santé québécois, lesquels dictent encore les orientations actuelles de ce système¹⁵³. En effet, les services médicaux assurés par le régime d'assurance maladie demeurent ceux qui sont requis sur le plan médical et rendus par un

¹⁴⁸ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, préc., note 10, p. 111 : « Assurer la constance et la cohérence du financement des soins et services destinés aux personnes atteintes de maladies chroniques est l'un des déterminants du succès de l'implantation des modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques »; R. PINEAULT et al., préc., note 6.

¹⁴⁹ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, préc., note 10.

¹⁵⁰ *Id.*

¹⁵¹ *Loi canadienne sur la santé*, LRC, 1985, c. C-6.

¹⁵² Roy J. ROMANOW, *Guidé par nos valeurs. L'avenir des soins de santé au Canada. Rapport final*, Saskatoon, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002, en ligne : <<http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3249448>> (consulté le 15 mars 2017).

¹⁵³ P. A. LAMARCHE, R. PINEAULT et Y. BRUNELLE, préc., note 13; Mélanie BOURASSA FORCIER, Anne-Marie SAVARD, Hélène BEAUSÉJOUR-GAGNÉ et Sarah CAIN, *L'encadrement juridique du panier public des services de santé et de services sociaux au Québec*, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2017; C. CASTONGUAY, J. MARCOTTE et M. VENNE, préc., note 126, p. 23 : « Contrastant avec les nombreuses réformes apportées au cours des années aux structures administratives et à l'organisation des soins, le mode de financement de notre système de santé n'a que peu évolué », soit : un système public presque exclusivement financé par la fiscalité générale; une rémunération majoritairement à l'acte pour les services médicaux offerts dans les établissements publics; l'introduction progressive d'un nouveau mode d'allocation des ressources sur le plan régional; une forte proportion des budgets des établissements encore établie sur une base historique; et des dépenses de santé assumées en partie de façon privée.

médecin ou au sein d'un hôpital¹⁵⁴. Il s'agit de la condition d'intégralité de la *Loi canadienne sur la santé*. Cependant, l'interprétation de ce principe d'intégralité fait du Canada « l'un des pays où la gamme des services assurés par les régimes publics d'assurance est la plus limitée des pays industrialisés »¹⁵⁵. C'est notamment la raison pour laquelle le CSBE recommande de revoir l'étendue de la couverture publique des soins et services destinés aux personnes ayant des maladies chroniques¹⁵⁶.

Quant aux services psychosociaux, de réadaptation et tous les autres services offerts par des professionnels de la santé, ils sont financés à même le budget global que reçoit chaque établissement, lequel prend des décisions de gestion afin d'allouer les ressources financières dans divers programmes-service¹⁵⁷.

Les auteurs Lamarche et al. apportent une précision pertinente sur le niveau de financement du système de santé, régulièrement qualifié comme insuffisant dans l'espace public. Leur analyse d'une revue de littérature sur les éléments clés qui caractérisent les systèmes de santé performants dans le monde se traduit ainsi : « il ressort clairement des analyses que la performance des systèmes de soins n'est pas déterminée par le niveau de leur financement. »¹⁵⁸ Des facteurs tels que le poids des soins de première ligne dans le financement global du système et dans la fourniture globale des services sont plus névralgiques pour assurer la performance du système. De plus, les systèmes de première ligne les plus performants sont organisés de façon à compter deux à trois autres professionnels de la santé pour chaque médecin de famille et les médecins sont soit employés de l'organisation (salariés) ou pratiquent à contrat en exclusivité pour

¹⁵⁴ RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, « Services médicaux – Services assurés (couverts) », en ligne : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/soins/Pages/services-medicaux.aspx> (consulté le 15 mars 2017); P. A. LAMARCHE, R. PINEAULT et Y. BRUNELLE, préc., note 13.

¹⁵⁵ P. A. LAMARCHE, R. PINEAULT et Y. BRUNELLE, préc., note 13, p. 32. Les systèmes de santé au Canada ont la particularité de « couvrir presque 100% des coûts d'une gamme très limitée de services assurés. » (p. 32).

¹⁵⁶ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, préc., note 10; COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, préc., note 82; M. BOURASSA FORCIER, A.-M. SAVARD, H. BEAUSÉJOUR-GAGNÉ et S. CAIN, préc., note 153.

¹⁵⁷ SIMON DESLAURIERS, *L'accessibilité aux services de physiothérapie en clinique externe dans les centres hospitaliers du Québec*, Mémoire, Québec, Faculté de médecine, Université Laval, 2016.

¹⁵⁸ P. A. LAMARCHE, R. PINEAULT et Y. BRUNELLE, préc., note 13, p. 3. Ces auteurs ajoutent : « Certains pays sont très performants avec peu de ressources financières (Nouvelle-Zélande et Grande-Bretagne) et d'autres ne le sont pas avec beaucoup de ressources (États-Unis et Canada). Il en est de même des provinces canadiennes. » (p. 3).

l'organisation (le médecin est donc partie intégrante de l'organisation)¹⁵⁹. Enfin, les auteurs relèvent que c'est l'organisation des services de santé (particulièrement en première ligne) qui doit retenir prioritairement l'attention des décideurs, et non le financement.

iii. Allocation des ressources dans l'établissement : Payeur unique, mais voies hermétiques

Les budgets des divers établissements de santé au Québec sont alloués par le ministère de la Santé et de Services sociaux. L'allocation de ressources professionnelles dans les établissements publics est donc influencée par des considérations budgétaires¹⁶⁰. Les établissements doivent en effet répartir leur budget entre les différents services, en se basant sur plusieurs facteurs. Ces derniers comprennent le ratio coût-bénéfice, le contexte de restriction budgétaire, les valeurs d'équité, d'efficacité, d'efficience et de sécurité, les besoins de la population, les considérations de faisabilité, certains facteurs administratifs ou politiques, l'opinion publique et la disponibilité des ressources¹⁶¹.

Le CSBE énonce le paradoxe lié au fait que d'un côté, le système de santé est financé sur la base d'un payeur unique, alors que de l'autre côté, les enveloppes budgétaires sont gérées en silo, ce qui réduit la capacité de transférer des fonds d'une enveloppe à l'autre et fait en sorte que les gestionnaires ont peu de contrôle pour intégrer les services¹⁶².

Un grand nombre d'études québécoises et issues d'autres juridictions confirment qu'un suivi des maladies chroniques dispensé par une équipe multidisciplinaire est un moyen privilégié pour « accroître l'efficacité du système de santé et pour mieux contrôler les coûts »¹⁶³. De plus, les organisations de première ligne les plus performantes sont celles « qui sont pleinement axées sur la collaboration avec le milieu et l'intégration de leurs services aux

¹⁵⁹ P. A. LAMARCHE, R. PINEAULT et Y. BRUNELLE, préc., note 13. Ces auteurs soulignent qu'au Québec, les médecins en première ligne sont plutôt incités à partager leur temps entre plusieurs milieux de travail (cabinet, urgence, CHSLD), plus souvent en fonction des intérêts et des objectifs de chacun des médecins, « sans une réelle implication de leur part dans aucun milieu de pratique » (p. 25).

¹⁶⁰ S. DESLAURIERS, préc., note 157.

¹⁶¹ Maiwenn J. AL, Talitha FEENSTRA et Werner B. F. BROUWER, « Decision makers' views on health care objectives and budget constraints: results from a pilot study », (2004) 70-1 *Health Policy* 33; S. DESLAURIERS, préc., note 157.

¹⁶² COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, préc., note 10.

¹⁶³ C. CASTONGUAY, J. MARCOTTE et M. VENNE, préc., note 126, p. 102; Saeeda KHAN, Cameron MCINTOSH, Claudia SANMARTIN, Diane WATSON et Kira LEEB, *Les équipes de soins de santé primaires et leur effet sur les processus et les résultats des soins*, Série de documents de travail de la recherche sur la santé, 82-622-X no 002, Ottawa, Statistique Canada, 2008, en ligne : <<http://www.deslibris.ca/ID/214274>> (consulté le 4 novembre 2016).

autres composantes du système de soins »¹⁶⁴. Or les enveloppes budgétaires ne sont pas intégrées. La formule actuelle de budgétisation des établissements est l'un des principaux freins, identifiés dans la littérature, au déploiement et à la pérennité des projets d'intégration de services basé sur la collaboration interprofessionnelle¹⁶⁵.

De surcroît, dans le système de santé québécois, la direction des activités cliniques dans les établissements comporte en fait deux directions parallèles : la direction administrative et la direction médicale, phénomène qualifié par certains auteurs de « direction bicéphale »¹⁶⁶. D'une part, il n'existe pas de relation contractuelle entre les médecins et les établissements (sauf exceptions); et leur rémunération est acheminée par une voie parallèle au budget des établissements, soit la RAMQ. Un paradoxe semble en ressortir : il devient plus rentable pour l'établissement que ce soient les médecins qui accomplissent certaines activités, puisque leur rémunération ne fait pas partie du budget de l'établissement, et représente donc une économie d'argent¹⁶⁷. D'autre part, les médecins sont les « principaux générateurs des activités et des coûts »¹⁶⁸ dans les établissements et ont pleine autonomie pour décider quels examens et quels soins doivent être dispensés pour leurs usagers, diminuant ainsi le contrôle des gestionnaires sur ces activités cliniques médicales au sein de leur établissement. Ainsi, « le personnel et les équipements des établissements constituent en quelque sorte des ressources à leur disposition »¹⁶⁹ fournies par les établissements. Ainsi, bien que les médecins soient la base essentielle du système, ils « bénéficient d'un statut qui a pour résultat de les marginaliser dans l'organisation du travail. »¹⁷⁰

¹⁶⁴ C. CASTONGUAY, J. MARCOTTE et M. VENNE, préc., note 126, p. 113. Les auteurs précisent : « Cette collaboration garantit un meilleur suivi des personnes atteintes de problèmes de santé complexes », de « mieux suivre des groupes de la population », et permet de « procurer des services 24 heures par jour et 7 jours par semaine. » (p. 113).

¹⁶⁵ R. PINEAULT et al., préc., note 6.

¹⁶⁶ C. CASTONGUAY, J. MARCOTTE et M. VENNE, préc., note 126, p. 186 : « Dans toute entreprise, il y a généralement une chaîne d'autorité dirigée par un président ou un directeur général dont les décisions sont appliquées à tous les niveaux. Dans notre système de santé, il existe une direction bicéphale, celle de l'administration et celle des médecins. ».

¹⁶⁷ S. NELSON et al., préc., note 11. : « Dans les hôpitaux, le plus grand obstacle actuel [aux soins axés sur la collaboration] est que les médecins sont de loin la main-d'œuvre la moins chère [pour les gestionnaires de l'établissement] parce qu'ils ne facturent que l'ASO [Assurance-maladie de l'Ontario] Le défi est la facturation. Ce n'est pas la loi qui permet l'accès [aux services], c'est la facturation. » (p. 41).

¹⁶⁸ C. CASTONGUAY, J. MARCOTTE et M. VENNE, préc., note 126, p. 186.

¹⁶⁹ *Id.* p. 186.

¹⁷⁰ *Id.*, p. 225. En effet : ils ont leur propre système de rémunération et ils n'ont pas de lien d'emploi contractuel avec l'établissement au sein duquel ils pratiquent, ce qui a pour effet d'altérer

En somme, le contexte économique semble défavorable à l'intégration des services et à l'implantation de pratiques de collaboration interprofessionnelle. De plus, ce contexte n'a que peu évolué, malgré les multiples réformes qui ont pris place.

2. OBSTACLES LIÉS À L'ENCADREMENT PROFESSIONNEL ET ADMINISTRATIF

Les événements législatifs à l'origine du système de santé québécois ont été analysés en première partie du présent essai. Cette analyse a mis en lumière les différentes facettes de l'histoire du pouvoir médical et comment cette influence a pu empêcher certaines avancées législatives, telle que la réforme en profondeur de la rémunération médicale (contexte économique) et la création d'organisations interdisciplinaires de première ligne intégrant les médecins dans le réseau public. Il s'avère que l'un des aspects clés soulevés par les acteurs du gouvernement comme obstacle à certaines réformes a été le corporatisme¹⁷¹, c'est-à-dire la volonté de chacun des groupes de défendre avant tout les intérêts propres de leur profession. Les ordres professionnels ont donc fait partie des regroupements dont les actions ont été empruntées de corporatisme¹⁷².

Les contraintes du système professionnel qui nuisent à la collaboration interprofessionnelle seront donc analysées dans un premier temps. Dans un deuxième temps, les aspects de droit administratif qui transposent en quelque sorte l'encadrement professionnel dans les modes de gouvernance de la LSSSS seront étudiés.

l'interdépendance qui devrait normalement s'établir entre ceux qui contrôlent les ressources financières (gestionnaires) et ceux qui dépensent (médecins, via leurs activités cliniques).

¹⁷¹ *Id.*, p. 13 : « En 1988, la Commission Rochon avait observé que le système de santé québécois était l'otage de groupes d'intérêts qui s'y sont constitués. Les syndicats, les fédérations de médecins, (...), les ordres professionnels, (...) souvent y disposent d'une véritable faculté de blocage »; M. GIROUX, G. ROCHER et A. LAJOIE, préc., note 17, p. 22: « C'est ainsi que le ministre Côté, dans son discours de clôture, dénonce le corporatisme »; J. ROCHON, préc., note 89.

¹⁷² S. NELSON et al., préc., note 11. À cet effet, ces auteurs soulignent qu'il semble se dégager un consensus parmi les décideurs et les cliniciens selon lequel « les champs d'exercice et les modèles de soins devaient être conçus principalement pour répondre aux besoins des patients et de la population plutôt que pour servir les intérêts de la main d'œuvre en soins de santé. » (p. 16).

A. Les silos du système professionnel québécois

Certains éléments du système professionnel au Québec font figure d'obstacle au déploiement de pratiques interdisciplinaires et, indirectement, figure d'obstacle à l'amélioration de l'accès aux services. Certains auteurs relèvent que l'un des principaux problèmes entravant la dispensation de soins et services en temps opportun est lié au fait que « les champs d'exercice des professionnels de la santé et les modèles de soins qui y sont associés ont tendance à être organisés en fonction de traditions et de politiques et non en fonction des données probantes démontrant comment répondre aux besoins actuels de la population. »¹⁷³ Une « remise en question des hiérarchies traditionnelles »¹⁷⁴ est identifiée comme un facteur clé de changement.

La collaboration interprofessionnelle a le grand potentiel d'améliorer l'accès aux services, mais encore faut-il que les conditions nécessaires soient réunies pour favoriser cette collaboration¹⁷⁵. Le CSBE soulignait récemment que ces conditions nécessaires à l'interdisciplinarité en première ligne, pour améliorer l'accès et la qualité des suivis, « passent avant tout par la capacité des professionnels de la santé non médecins à jouer un rôle plus important dans le suivi des patients (...) [et la capacité de] permettre à des professionnels (...) de réaliser certains actes aujourd'hui réservés aux médecins »¹⁷⁶.

Au Québec, l'encadrement des activités professionnelles est assuré principalement par le *Code des professions*¹⁷⁷ et les lois professionnelles associées. Cet encadrement législatif détermine notamment quels actes et quelles activités sont réservés à certaines professions. Si l'objectif principal est la protection du public, certains auteurs ont néanmoins démontré que le système professionnel au Québec a également pour effet de nuire à la collaboration¹⁷⁸, certains questionnant même « la capacité du système professionnel

¹⁷³ *Id.*, p. 21.

¹⁷⁴ *Id.*, p. 20.

¹⁷⁵ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, préc., note 82.

¹⁷⁶ *Id.*, p. 12.

¹⁷⁷ *Code des professions*, RLRQ, c. C-26.

¹⁷⁸ C. CASTONGUAY, J. MARCOTTE et M. VENNE, préc., note 126; Gary MULLINS, « L'accès aux services de santé mentale », (2009) dans *Collection de droit 2008-2009*, École du Barreau du Québec, n° 13-Justice, société et personnes vulnérables 111; S. NELSON et al., préc., note 11; R. PINEAULT et al., préc., note 6; J. PERREAULT, préc., note 33; Jean-François LEROUX, « La responsabilité médicale dans le contexte de la médecine multidisciplinaire : d'une responsabilité individualisée vers une responsabilité collective », dans *Service de la formation continue, Barreau du Québec, Développements récents en droit médico-légal et responsabilité des chirurgiens (2011)*, Cowansville,

québécois de faire face aux défis de la collaboration interdisciplinaire en santé »¹⁷⁹, incluant sa capacité de mettre en place les conditions nécessaires pour soutenir la collaboration et de traiter les problèmes ou conflits qui peuvent en découler.

D'abord, les auteurs Laverdière et Régis soulignent, à la suite d'un examen de la littérature, que le fait de disposer de normes de pratiques communes applicables aux différents professionnels favorise la collaboration interprofessionnelle. Or, le système professionnel québécois n'est globalement pas un milieu propice pour favoriser l'émergence de ces normes communes¹⁸⁰. À titre d'exemple récent, suite à l'entrée en vigueur de la *Loi concernant les soins de fin de vie*¹⁸¹, quatre ordres professionnels peuvent désormais « adopter des normes cliniques gouvernant l'implication des membres de leur ordre dans l'administration de l'aide médicale à mourir »¹⁸². Cependant, l'incitation à l'élaboration de normes communes par les ordres professionnels est absente de cette loi. On y retrouve néanmoins une incitation à la collaboration dans les établissements, soit : entre deux des trois conseils professionnels concernés (CII, CMDP) pour élaborer des protocoles; et une incitation générale à promouvoir l'interdisciplinarité dans les pratiques cliniques¹⁸³. Il est

Éditions Yvon Blais; Marco LAVERDIÈRE et Catherine RÉGIS, « Comprendre les conflits interdisciplinaires pour mieux y faire face : un défi pour le système professionnel québécois », dans Catherine RÉGIS, Lara KHOURY et Robert P. KOURI, *Les grands conflits en droit de la santé*, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2016.

¹⁷⁹ M. LAVERDIÈRE et C. RÉGIS, préc., note 178, à la page 195.

¹⁸⁰ *Id.*, à la page 216.

¹⁸¹ *Loi concernant les soins de fin de vie*, RLRQ, c. S-32.0001. (ci-après « **LCSFV** »).

¹⁸² Jean-Pierre MÉNARD, « Soins de fin de vie : de nouveaux droits pour les patients », dans Service de la formation continue, Barreau du Québec, *Les soins de fin de vie (dans la foulée de la récente décision de la Cour suprême) (2015)*, p. 32. Ces ordres sont le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec et l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. Ces normes cliniques élaborées par les ordres professionnels doivent en principe guider l'adoption de « protocoles cliniques applicables à l'aide médicale à mourir » (p. 32), par le CMDP en collaboration avec le CII, dans chaque établissement, tel qu'édicte à l'article 33 LCSFV. Cette configuration entraîne donc un grand potentiel de variabilité dans les protocoles qui découlent de ces normes élaborées en silo.

¹⁸³ LCSFV, préc., note 181; J.-P. MÉNARD, préc., note 182. Malgré l'implication explicite de quatre catégories de professionnels (médecins, infirmières, pharmaciens, travailleurs sociaux), l'incitation à la collaboration pour élaborer les protocoles cliniques (établissements) est ainsi formulée : « Le [CMDP] institué pour un établissement doit, en collaboration avec le [CII] de l'établissement, adopter des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et à l'aide médicale à mourir. Les protocoles doivent respecter les normes cliniques élaborées par les ordres professionnels concernés. » (art. 33 LCSFV). À noter que les travailleurs sociaux sont exclus de cette disposition, puisque le CM n'est pas explicitement mentionné. Également, cette même loi énonce : « Tout établissement offre les soins de fin de vie et veille à ce qu'ils soient fournis à la personne qui les requiert (...). À cette fin, il doit notamment mettre en place des mesures pour favoriser l'interdisciplinarité entre les différents professionnels de la santé ou des services sociaux et la

ainsi attendu que ce soit l'établissement qui prenne le leadership de la promotion de la collaboration interprofessionnelle, et non les ordres professionnels¹⁸⁴.

Ensuite, la question des actes réservés ou des activités réservés attire périodiquement l'attention du législateur, dans le but de favoriser la collaboration interprofessionnelle et améliorer l'accès aux services¹⁸⁵. Cependant, comme le souligne les auteurs Laverdière et Régis, « les différends interordres en lien avec l'interprétation et l'évolution des champs d'exercice professionnels sont en quelque sorte inévitables »¹⁸⁶, et ce dans le contexte où, dans la législation professionnelle, « les situations de « chevauchements » de champ d'exercice ou d'activités réservés [sont] monnaie courante. »¹⁸⁷ Le manque d'initiative des ordres professionnels à l'égard de la promotion de la collaboration interprofessionnelle en matière de champs de pratique de d'activités réservés est dénoncé par plusieurs auteurs¹⁸⁸.

L'avenue qui a été explorée abondamment dans les récentes réformes législatives est de redéfinir ces champs d'exercice et ces activités réservés à différents professionnels, ou encore d'autoriser certains professionnels à poser des actes qu'ils n'étaient pas autorisés à réaliser auparavant, le tout dans le but d'adapter l'encadrement législatif à l'évolution des

collaboration des différents intervenants concernés qui offrent des services à ses usagers. » (art. 7 LCSFV).

¹⁸⁴ Par exemple, on aurait pu mentionner dans la LCSFV que les ordres professionnels doivent élaborer des normes cliniques communes favorisant la collaboration interprofessionnelle, à l'intention des établissements et autres dispensateurs de soins de fin de vie.

¹⁸⁵ L. JANSEN, préc., note 11 : « Restricted professional acts and prescribed rules also may continue to decrease consumer access to the appropriate service provider, thus jeopardizing the quality and safety of care. ». (p. 222).

¹⁸⁶ M. LAVERDIÈRE et C. RÉGIS, préc., note 178, à la page 220.

¹⁸⁷ *Id.*

¹⁸⁸ S. NELSON et al., préc., note 11; L. JANSEN, préc., note 11, p. 222: « *Professional association time may be spent in activities such as practice disputes and turf protection rather than the exploration of collaborative and interdisciplinary approaches to regulation changes that would also guide professional autonomy and accountability.* »; Soulignons toutefois la récente initiative incluant 28 ordres professionnels en santé et services sociaux de créer un site internet sur la collaboration interprofessionnelle qui a notamment pour objectif : « de multiplier les collaborations interprofessionnelles, tant dans les équipes de soins qu'entre les ordres impliqués. » : Rita CAVALIERE, *Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015, en ligne : <<http://collaborationinterprofessionnelle.ca/wp-content/uploads/2016/02/OIIQ-Enonce-collaboration-professionnelle.pdf>> (consulté le 20 juillet 2017); Pauline PLOURDE, *Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD. Collaboration interprofessionnelle*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016, en ligne : <<http://collaborationinterprofessionnelle.ca/wp-content/uploads/2017/01/8472-expertises-prof-besoins-pers-chsld-coll-inter-20170116.pdf>> (consulté le 4 juillet 2017).

connaissances et des technologies¹⁸⁹. Malgré ces réformes aux objectifs louables, la littérature continue d'identifier, comme obstacle à la collaboration interprofessionnelle, la rigidité du cadre d'exercice des professionnels et le cloisonnement professionnel¹⁹⁰, la spécialisation excessive des professionnels¹⁹¹, l'imprécision et l'ambiguïté quant aux rôles respectifs¹⁹², le peu de connaissance et de reconnaissance de l'apport des autres professionnels non médecins et des services qu'ils peuvent offrir¹⁹³, les inquiétudes reliées à la responsabilité professionnelle en cas de faute dans un contexte multidisciplinaire¹⁹⁴ et l'absence de cadre clair pour régir la responsabilité collective¹⁹⁵.

Enfin, les auteurs Nelson et al. (2014) ont réalisé un examen des données probantes reliées à l'optimisation des champs d'exercice des professionnels et aux différents modèles de soins novateurs où interagissent les professionnels de la santé. Ils ont également analysé les contextes éducatifs, juridiques, réglementaires et économiques qui ont une influence sur ces champs d'exercices et modèles de soins novateurs¹⁹⁶. Les auteurs avaient pour objectif d'identifier les approches prometteuses pour l'optimisation des champs d'exercice, en vue

¹⁸⁹ S. NELSON et al., préc., note 11; M. AGGARWAL et B. G. HUTCHISON, préc., note 12; J. PERREault, préc., note 33; M. LAVERDIÈRE et C. RÉGIS, préc., note 178. Ces réformes législatives sont le « projet de loi 90 » et le « projet de loi 21 », notamment.

¹⁹⁰ C. CASTONGUAY, J. MARCOTTE et M. VENNE, préc., note 126, p. 218 : « Cette vision étroite de l'exercice de la profession et des relations avec les autres professions nuit à l'optimisation des services, que ce soit en limitant la délégation des actes professionnels ou en empêchant une hiérarchisation des soins plus efficace. »; G. MULLINS, préc., note 178, p. 118 : « La rigidité des cadres d'exercice professionnels encourage le développement de pratiques favorisant le cloisonnement professionnel en imposant d'énormes contraintes pour le développement du travail interdisciplinaire. »; Susan A. NANCARROW et Alan M. BORTHWICK, « Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce », (2005) 27-7 *Sociology of Health & Illness* 897, p. 897 : « A number of factors have converged that place new pressures on workforce boundaries, including an unmet demand for some healthcare services ».

¹⁹¹ G. MULLINS, préc., note 178; J.-F. LEROUX, préc., note 178.

¹⁹² G. MULLINS, préc., note 178, p. 118. : « Des cadres d'exercice imprécis créent de l'ambiguïté quant aux rôles respectifs des « prestataires » de soins, dans un contexte où ils manquent de connaissances sur la formation, les compétences et les limites des autres, et parfois aussi sur les ressources et la nature des services sociaux offerts au niveau communautaire ».

¹⁹³ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, préc., note 82; COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, préc., note 10.

¹⁹⁴ S. NELSON et al., préc., note 11.

¹⁹⁵ Shahad SALMAN, « De certains enjeux en responsabilité médicale des oncologues : les décisions collectives dans le traitement individualisé du cancer », (2015) 45 *R.D.U.S.* 367.

¹⁹⁶ S. NELSON et al., préc., note 11. Les auteurs ont organisé leurs conclusions selon le niveau macro (interventions économiques, juridiques et réglementaires), le niveau [méso] (interventions au niveau de la gouvernance des établissements de santé et de services sociaux) et le niveau **micro** (les pratiques professionnelles à l'échelle terrain).

de mieux combler les besoins des usagers et de la population. Les conclusions pertinentes dans le cadre de cet essai sont ici présentées.

D'abord, il ressort que la littérature couvrant l'optimisation des champs d'exercice se concentre davantage sur les interventions microsystemiques que sur les interventions mesosystemiques et macrosystemiques. Ensuite, l'analyse des auteurs concernant les innovations liées aux champs d'exercice « a révélé une caractéristique commune aux innovations, à savoir qu'elles contournent largement les obstacles structurels au niveau macro »¹⁹⁷. En d'autres termes, les innovations à l'échelle locale en matière d'optimisation des champs d'exercices et de mise en place de nouveaux modèles de soins collaboratifs sont possibles et réussissent assez fréquemment à contourner les obstacles législatifs. Cependant, les auteurs notent également que ces modèles de soins novateurs « demeurent généralement localisés »¹⁹⁸. L'application à grande échelle de ces innovations semble se heurter à la législation et aux cadres réglementaires : « Ce qui manque dans ces exemples d'innovation, (...), c'est un contexte structurel pour soutenir l'application à grande échelle des innovations. »¹⁹⁹

Les auteurs soulèvent également la nature politique des champs d'exercice, précisant que ceux-ci ont été utilisés « comme moyen de favoriser l'avancement professionnel – en mettant en avant la délimitation des tâches plutôt que les besoins de la population et l'efficacité du système »²⁰⁰. Enfin, les auteurs soulignent que l'un des obstacles à l'optimisation des champs d'exercices et à l'implantation de modèles novateurs de soins sont « les lois plus anciennes qui continuent de donner la priorité aux ordonnances des médecins sans reconnaître les autres professionnels qualifiés ou les champs d'exercice qui se chevauchent. »²⁰¹ Les auteurs relèvent également que les changements législatifs ne permettront pas à eux seuls de transformer les hiérarchies traditionnelles et les silos propres à la pratique des soins de santé. En effet, « la législation énonce des principes généraux, mais ces principes sont interprétés par des organismes de santé et par des professionnels qui peuvent être en conflit d'intérêts. »²⁰² Ces auteurs avancent que pour permettre

¹⁹⁷ *Id.*, p. 12.

¹⁹⁸ *Id.*, p. 8.

¹⁹⁹ *Id.*, p. 67.

²⁰⁰ *Id.*, p. 25.

²⁰¹ *Id.*, p. 64.

²⁰² *Id.*, p. 60.

l'application à grande échelle de ces types d'innovations, il faut notamment que la législation crée les conditions nécessaires pour faciliter l'optimisation des champs d'exercice et pour en assurer la flexibilité. C'est pourquoi la question de la gouvernance des établissements de santé et de services sociaux semble revêtir une importance capitale pour stimuler la collaboration interprofessionnelle.

Ce survol des obstacles à la collaboration interprofessionnelle relié à l'encadrement des professions au Québec ne peut couvrir en détail ce vaste sujet, mais il est pertinent de souligner que les lois professionnelles ont un impact significatif sur le degré de collaboration interprofessionnelle atteint dans les différentes organisations de santé et de services sociaux.

B. La LSSSS et ses modes de gouvernance

Dans plusieurs rapports publiés sur la performance du système de santé, il ressort qu'en général, les équipes de soins ne bénéficient pas des outils nécessaires pour cibler leur clientèle, les services rendus ou ceux sur lesquels la priorité devrait être mise²⁰³. Il s'agit des éléments de base de ce qui est décrit dans la littérature comme étant la gouvernance clinique, soit « le fait que les services offerts [font] l'objet d'une planification proactive et d'un suivi fréquent, en fonction des besoins des personnes et des populations à desservir. »²⁰⁴ La gouvernance clinique inclut notamment des systèmes d'information qui intègrent des outils de soutien à la décision clinique, des indicateurs de besoins des usagers et de résultats cliniques et des protocoles locaux de soins pour les affections courantes²⁰⁵. Le CSBE dressait en 2009 un portrait peu reluisant du degré d'implantation des pratiques de gouvernance clinique en première ligne au Québec : « malgré un nombre important de

²⁰³ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, préc., note 30; COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, préc., note 10.

²⁰⁴ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, préc., note 30, p. 86; COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, préc., note 10, p. 106. Cette forme de gestion des services vise à prévoir et à coordonner l'action de l'ensemble de l'équipe traitante de manière fluide et complémentaire. La gouvernance clinique se distingue de la gestion administrative, laquelle concerne entre autres la gestion des ressources. La gouvernance clinique touche à la planification des actes cliniques, tels que les plans d'interventions, et l'élaboration de protocoles de soins ou de corridors de services entre les différents niveaux de soins.

²⁰⁵ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, préc., note 30, p. 91.

guides de pratique portant sur la qualité des soins requis pour divers problèmes de santé, il existe peu de protocoles cliniques, à l'échelle locale, assurant une bonne compréhension du cheminement des patients dans les différentes lignes de soins et auprès de divers types de professionnels. »²⁰⁶ Il s'avère que le système québécois demeure peu géré dans une perspective de suivi et de planification, particulièrement en ce qui a trait aux soins et services liés aux maladies chroniques²⁰⁷ ainsi que « fondamentalement imprégné du mode traditionnel de consultation clinique, dans lequel le patient se présente avec un problème précis et une réponse immédiate lui est apportée »²⁰⁸. Les maladies chroniques, notamment, nécessitent une planification à long terme qui intègrent tous les services requis, et ce, pas nécessairement à la demande ponctuelle de l'utilisateur. L'organisation des services et les modes de gouvernance doivent donc s'adapter à la complexité des besoins sociaux, physiques et de réadaptation vécus par ces personnes. Cet état de fait donne lieu aux questionnements suivants : les conditions sont-elles en place dans les établissements pour que la gouvernance clinique puisse s'opérer ? La structure de gouvernance actuelle incite-t-elle à la collaboration interprofessionnelle ?

Ces mêmes auteurs précisent que l'une des principales barrières à l'implantation des réformes de première ligne consisterait en l'absence d'une structure de gestion clinique dans les organisations de première ligne, incluant des comités de développement de protocoles de soins et la participation des professionnels aux activités de planification des soins. Cette absence ou insuffisance de gouvernance clinique serait un frein à l'implantation des pratiques novatrices visant à améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et services. Par ailleurs, suite à l'analyse des mécanismes de gouvernance des systèmes de santé des pays de l'OCDE, il ressort que l'amélioration de la performance des services de santé passe par l'amélioration des systèmes de gouvernance²⁰⁹. Il y a lieu d'analyser notamment à qui appartient la responsabilité de développer ces protocoles cliniques et si

²⁰⁶ *Id.*, p. 89.

²⁰⁷ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, préc., note 10, p. 106.

²⁰⁸ *Id.*

²⁰⁹ Joanne CASTONGUAY, Claude MONTMARQUETTE et Iain SCOTT, *Analyse comparée des mécanismes de gouvernance des systèmes de santé de l'OCDE. Rapport de projet*, Rapport de projet, 2008RP-02, Montréal, Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations, 2008, en ligne : <<https://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2008RP-02.pdf>> (consulté le 17 avril 2017).

les différents groupes de professionnels peuvent, actuellement, participer équitablement à la planification des services.

Un portrait général de l'encadrement administratif des établissements de santé et de services sociaux sera présenté, ainsi qu'une analyse des instances professionnelles qui prennent part à la structure de gouvernance des établissements publics, soient le CMDP, le CM et le CII. Plus spécifiquement, l'influence relative de ces conseils professionnels sera critiquée, ainsi que leur capacité à être un moteur de la gouvernance clinique.

i. Portrait de l'organisation des établissements publics de santé et de services sociaux

Les CISSS et les CIUSSS sont des établissements publics, soit, au sens du droit administratif, des organismes dotés de la personnalité morale, chargés de la prestation de services publics dans un territoire défini, dont la mission « ne tient pas compte de la notion de rentabilité » et sur lesquels le contrôle exercé par le gouvernement est très étroit²¹⁰. Spécialement depuis l'entrée en vigueur de la LMRSSS en 2015²¹¹, chaque établissement fournit généralement des services de santé et des services sociaux répartis en cinq catégories de centres, soit les CLSC, les centres hospitaliers, les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (ci-après « **CPEJ** »), les centres d'hébergement et de soins de longue durée et les centres de réadaptation²¹². Les catégories de centres qui offrent des services de première ligne sont principalement les CLSC (services courants, soins à domicile), les centres hospitaliers (urgence), ainsi que les CPEJ²¹³.

La mission spécifique d'un CLSC est « d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé

²¹⁰ Pierre ISSALYS et Denis LEMIEUX, « Les établissements publics », dans *L'action gouvernementale - Précis de droit des institutions administratives*, 3e éd., Montréal, Éditions Yvon Blais, 2009, p. 2.

²¹¹ LMRSSS, préc., note 8.

²¹² LSSSS, art. 79. Depuis l'entrée en vigueur de la LMRSSS, la majorité des établissements publics de santé de santé et de services sociaux au Québec (les CISSS et les CIUSSS) offrent toutes les catégories de services (CLSC, CH, CPEJ, CHSLD et CR). Seuls les établissements non fusionnés ou non visés par la LMRSSS ont un nombre plus restreint de catégories d'activités.

²¹³ LSSSS, art. 82 : « La mission d'un [CPEJ] est d'offrir (...) des services de nature psychosociale, y compris des services d'urgence sociale, requis par la situation d'un jeune (...) ainsi qu'en matière de placement d'enfants, de médiation familiale, d'expertise à la Cour supérieure sur la garde d'enfants, d'adoption et de recherche des antécédents biologiques. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les besoins des personnes (...) soient évalués et que les services requis par elles-mêmes ou par leur famille leur soient offerts soit directement, soit par les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion (...) [et] de réaliser des activités de santé publique sur son territoire »²¹⁴. La mission d'un centre hospitalier est d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés aux personnes qu'il reçoit, de s'assurer que leurs besoins soient évalués et de s'assurer que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts²¹⁵.

La fonction première des établissements de santé et de services sociaux est :

« [d']assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population. À cette fin, ils doivent gérer avec efficacité et efficience leurs ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières et collaborer avec les autres intervenants du milieu, incluant le milieu communautaire, en vue d'agir sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population. (...) »²¹⁶

Les CISSS et les CIUSSS ne constituent toutefois pas le noyau central des services de première ligne au Québec²¹⁷. En effet, selon une enquête populationnelle menée en 2010 dans les régions de Montréal et de la Montérégie, 6,9% de la population déclare que leur source

²¹⁴ *Id.*; En 2004, 95 réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ont été créés à travers le Québec, dont l'objectif principal était « l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité, de l'intégration et de la qualité des services pour la population d'un territoire donné » : Ginette CÔTÉ et Christine LANCTÔT, *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, p. 17, en ligne : <<http://deslibris.ca/ID/225978>> (consulté le 5 juillet 2017); « Depuis la réforme (...), les CLSC font partie du noyau des « réseaux locaux de services » (...). C'est à travers ces réseaux que s'exprime désormais le souci d'enracinement dans les besoins particuliers de chaque territoire. [Les] instances locales [prennent] la forme d'un [CISSS ou CIUSSS], dirigé par un conseil d'administration dont la composition reflète le souci de faire participer à la gestion la population du territoire desservi et les [professionnels] œuvrant au sein de l'établissement » : P. ISSALYS et D. LEMIEUX, préc., note 210, p. 4; Toutefois, l'entrée en vigueur de la LMRSSS a en quelque sorte dilué la valeur des réseaux locaux de services, puisque les instances locales qui assuraient leur coordination (les anciens Centre de santé et de services sociaux) ont été remplacée par une seule grande instance régionale (les CISSS et les CIUSSS), qui a hérité de la responsabilité populationnelle à l'égard d'un seul grand réseau territorial de services : Elisabeth MARTIN, « Des CSSS aux CISSS. Avant d'instaurer les CISSS, quelle leçon avons-nous tirée de la mise en œuvre des CSSS ? », (2016) 13-1 *Perspective infirmière: revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec* 26.

²¹⁵ LSSSS, art. 215. Ces services sont offerts « à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. » (art. 215 *in fine*).

²¹⁶ *Id.*, art. 100.

²¹⁷ O. LEMOINE et al., préc., note 3.

habituelle de soins est un CLSC ou une unité de médecine familiale, tandis que pour 68,4% de la population, il s'agit d'une clinique médicale (incluant les GMF)²¹⁸. Historiquement, la mise en place des CLSC en 1970 s'est heurté à certains obstacles faisant en sorte qu'ils n'ont pas été exploités de manière optimale, notamment lié au fait que les médecins ont été en général réticent à les intégrer, et ainsi, ces anciens établissements n'ont probablement pas livré les résultats attendus, et ce particulièrement en milieu urbain²¹⁹. La majorité des soins primaires sont donc offerts au sein de cliniques médicales. La mission, l'organisation et la gouvernance des GMF sont régis par un cadre de gestion élaboré par le ministère de la Santé et des Services sociaux, et au moyen d'une convention conclue entre le MSSS, le CISSS/CIUSSS et le GMF²²⁰. On retrouve dans ces conventions l'offre de service du GMF, les responsabilités des parties, les conditions de financement et les indicateurs de suivi annuel du GMF.

C'est donc dire que la gouverne des cliniques où se déploie la pratique médicale de groupe sur le territoire ne fait partie des domaines d'action sur lesquels les conseils d'administration des CISSS et des CIUSSS ont un pouvoir d'intervention direct²²¹. Pourtant, la majorité des soins primaires y sont fournis à la population. Les modes de gouvernance parallèles des CISSS/CIUSSS et des GMF constituent en soi un obstacle à l'intégration des services et à la collaboration interprofessionnelle en première ligne, puisque ces professionnels (en CLSC et en GMF) œuvrent dans des structures de gouverne, d'organisation et d'imputabilité fort différentes²²².

²¹⁸ *Id.*, p. 5. Ceci est un portrait de la population en milieu urbain au Québec. Selon cette même enquête, 8,5% de la population déclare utiliser une autre source de soins primaires (non identifiée) et 16,3% déclare être de non-utilisateurs de soins.

²¹⁹ P. A. LAMARCHE, R. PINEAULT et Y. BRUNELLE, préc., note 13; Michel DONGOIS, « La survie passe par les soins à domicile », (2016) 2-9 *Actualité Médicale* 14.

²²⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de gestion. Groupe de médecine de famille (GMF). Groupe de médecine de famille-Réseau (GMF-R)*, Gouvernement du Québec, 2015, en ligne : <<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2699513>> (consulté le 17 avril 2017).

²²¹ R. PINEAULT et al., préc., note 80; P. A. LAMARCHE, R. PINEAULT et Y. BRUNELLE, préc., note 13 : La structure de gouverne, pour les organisations de première ligne que sont les CLSC, est publique, tandis que la structure de gouverne des cliniques médicales (incluant les GMF) est privé-professionnelle. Toutefois, comme les GMF concluent une entente avec le MSSS et le CISSS/CIUSSS du territoire, leur gouverne peut probablement être qualifiée de publique-privée ou hybride.

²²² R. PINEAULT et al., préc., note 6, p. 27 : « Enfin, on signale aussi les difficultés à intéresser et à impliquer les médecins de première ligne dans les réseaux. L'expérience d'intégration en milieu rural se distingue des autres sur ce point; les auteurs signalent plusieurs conditions facilitantes : les médecins font partie du Conseil des médecins et dentistes de l'hôpital, ils participent à l'organisation des services sur le territoire et ils sont rémunérés pour leur contribution à la gouverne. ».

Les établissements publics ont la responsabilité d'organiser la prestation des services de santé et des services sociaux pour combler les besoins de la population, ce qui implique notamment de mettre en place des mécanismes d'évaluation et de priorisation de ces besoins²²³. L'organisme doit également offrir des services sécuritaires, pertinents et de qualité, et se doit donc des développer et de faire évoluer ses services. Ces responsabilités sont assumées par le biais d'une structure de gouvernance, qui établit les rôles et responsabilités de chacun des acteurs dans la gestion du réseau, depuis le ministère de la Santé et des Services sociaux jusqu'aux plus petites unités de soins, soit les équipes interdisciplinaires²²⁴.

La complexité des organisations de santé et de services sociaux illustre la nécessité de faire appel à une structure de gouverne de nature interdisciplinaire et collaborative. C'est pourquoi cet essai s'attardera sur les voies de participation des divers groupes de professionnels à la gouverne des établissements, en relation avec le concept de gouvernance clinique préconisé dans la littérature, c'est-à-dire le concept qui établit la nécessité pour les professionnels de prendre part à aux mécanismes de gestion pour offrir des services globaux, de qualité et accessibles.

ii. Structures actuelles de gouvernance d'un établissement public : regard sur les conseils professionnels

La gouvernance d'un établissement de santé réside principalement dans le mandat du conseil d'administration (ci-après « **CA** ») d'un établissement, qui en administre les affaires et en exerce tous les pouvoirs²²⁵. Il en définit les orientations stratégiques (en conformité avec les orientations du MSSS) qui portent sur les besoins de santé physique, psychique et sociaux de la population, sur les clientèles à desservir et sur les services à offrir et il établit les priorités parmi ces orientations, en tenant compte des ressources dont l'établissement dispose²²⁶. Le CA s'assure également de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés, du respect des droits des usagers, de l'utilisation

²²³ VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, préc., note 82.

²²⁴ C. CASTONGUAY, J. MARCOTTE et M. VENNE, préc., note 126, p. 159. Le concept de gouvernance recouvre la définition des missions d'établissement, les rôles de chaque organisation, les responsabilités attribuées, l'imputabilité des acteurs les approches privilégiées en matière de reddition de comptes et l'évaluation des résultats obtenus.

²²⁵ Les pouvoirs et obligations du CA sont décrits aux articles 170 à 181.0.3 LSSSS.

²²⁶ *Id.*, art. 171.

économique et efficiente des ressources, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines et, enfin, il s'assure du suivi de la performance et de la reddition de comptes des résultats²²⁷.

Pour assister le CA dans ses fonctions, des structures ou instances sont mises en place pour favoriser : le suivi et l'amélioration de la qualité des soins et services²²⁸, une saine gouvernance au sein du CA et de l'établissement²²⁹, une participation des divers groupes de professionnels qui œuvrent au sein de l'établissement²³⁰ ainsi qu'une consultation des usagers²³¹. Ces structures servent de voie de consultation des acteurs clés du réseau pour tenir compte de leur avis et de leurs recommandations, lesquels s'insèrent dans la gouvernance clinique qui s'opère dans l'établissements²³². Ces instances consultatives ont des mandats de nature et de portée différente en vertu de la LSSSS, ce qui parallèlement, leur confère des degrés d'influence variés.

Les instances regroupant des professionnels de la santé (principaux acteurs de la gouvernance clinique) œuvrant dans l'établissement sont ce que l'on appelle les conseils professionnels, soit principalement le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), le conseil multidisciplinaire (CM) et le conseil des infirmières et infirmier (CII). Le conseil multidisciplinaire est particulier en ce qu'il regroupe jusqu'à une quarantaine de professions et titres d'emplois différents, contrairement au CMDP (trois professions) et au CII (une profession).

Le législateur a mis en place ces instances consultatives en premier lieu à la demande de regroupements professionnels, mais également dans le but de contribuer à la qualité des soins et services. Ces conseils professionnels ont le potentiel d'accroître l'efficacité dans la

²²⁷ *Id.*, art. 172.

²²⁸ *Id.*, art. 181.0.1 : Voir le comité de vigilance et de la qualité (ci-après « **CVQ** »), dont le mandat est de veiller à ce que le CA s'acquitte de ses responsabilités en matière de qualité des services notamment au niveau de la pertinence des services et du respect des droits des usagers (art. 181.0.3, par. 1 LSSSS). Le CVQ a entre autres la responsabilité de favoriser la concertation entre les instances (dont le CM, CMDP, CII) qui transmettent des recommandations au CA, traitant de « la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes » (art. 181.0.3 par. 2, al. 1 et 5 LSSSS). Voir également le comité de gestion des risques (art. 183.1 LSSSS) dont le mandat est d'assurer la sécurité des usagers.

²²⁹ *Id.*, art. 181.0.0.1 (comité de gouvernance et d'éthique) et art. 181.0.0.3 (comité de vérification).

²³⁰ *Id.*, art. 226 (CM), art. 213 (CMDP), art. 219 (CII) et art. 225.1 (conseil des sages-femmes). Le conseil des sages-femmes n'est pas abordé dans le cadre de cet essai (voir introduction).

²³¹ *Id.*, art. 209 (comité des usagers).

²³² ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC, préc., note 26.

prestation des services et de stimuler l'innovation (telles que les pratiques collaboratives), notamment en vue de mieux intégrer les services. On peut affirmer que les attentes prévisibles du législateur au moment de créer trois conseils professionnels²³³ était de représenter la diversité des visions professionnelles d'amélioration des services et que ces visions soient complémentaires. On qualifie en effet ces trois instances professionnelles (CMDP, CM, CII) de « véhicule d'expression aux préoccupations professionnelles de groupes définis de dispensateurs de services et dont l'apport d'expertise et le vécu clinique peuvent contribuer à améliorer la qualité, l'organisation et la dispensation des soins et services »²³⁴.

L'analyse de la portée des mandats législatifs de ces conseils professionnels devient ainsi pertinente pour déterminer s'il est possible, actuellement, grâce à ces instances, de faire réellement participer tous les professionnels de la santé qualifiés à l'organisation et à la gouvernance des établissements et si ce mode de gouvernance favorise la collaboration interprofessionnelle et l'intégration des services. Une description des responsabilités de chacun de ces conseils sera présentée, puis analysée.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) : structure tentaculaire

Le CMDP est une entité administrative qui relève du conseil d'administration de l'établissement, à l'instar du CM et du CII²³⁵. Il regroupe des professionnels qui ne sont pas employés de l'établissement²³⁶, mais plutôt des professionnels indépendants auquel le CA

²³³ Le CII et le CM ont vraisemblablement été créés en 1991 lors de la révision de la LSSSS. Une structure semblable au CM aurait existé avant la création du CM en 1991, soit le « conseil consultatif du personnel clinique » : M. GIROUX, G. ROCHER et A. LAJOIE, préc., note 17, p. 689; Le CMDP dans sa forme actuelle (c'est-à-dire incluant trois professions) semble avoir été créé en 1983 : Nancy MARANDO et Jean-François BUSSIÈRES, « Dictionnaire – Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens », *Histoire de la pharmacie au Québec* (2013), en ligne : <<https://histoirepharmacie.wordpress.com/2013/03/14/dictionnaire-conseil-des-medecins-dentistes-et-pharmaciens/>> (consulté le 15 juillet 2017).

²³⁴ ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC, préc., note 26, p. 15 (PDF).

²³⁵ Nicholas LÉGER-RIOPEL, *Le contrôle de l'activité du médecin en centre hospitalier*, mémoire de maîtrise, Montréal, Faculté de droit, Université de Montréal, 2011, en ligne : <<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/7009>> (consulté le 4 novembre 2016); *Gowling Lafleur Henderson s.r.l. c. Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens Hôpital Jean-Talon*, (2005) CanLII 3422 (QC CQ) : « En effet, le CMDP tient son existence des articles 213, 216 et 219 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, il s'agit d'une entité administrative à qui le législateur n'a pas donné de personnalité juridique distincte. Il relève du Conseil d'administration [...]. » (par. 33).

²³⁶ LSSSS, art. 236. : « Un médecin, un dentiste ou une sage-femme, autre qu'un cadre de l'établissement, est réputé ne pas faire partie du personnel de l'établissement. ».

de l'établissement a attribué un statut, des privilèges et certaines obligations²³⁷. Le CMDP regroupe l'ensemble des médecins, dentistes et pharmaciens « régulièrement admis à exercer au sein d'un centre exploité par l'établissement »²³⁸.

Le CMDP doit donner son avis au CA (préalablement à leur adoption) sur les règles d'utilisation des ressources médicales et matérielles, lesquelles sont en premier lieu élaborées par chacun des départements cliniques, plus précisément par le chef de département clinique²³⁹. Le chef de département clinique est d'ailleurs nommé par le CA, après consultation du CMDP, notamment²⁴⁰. Les règles d'utilisation des ressources sont des normes administratives départementales et entrent en vigueur après avoir été approuvées par le CA. L'auteur Léger-Riopel, qui a analysé en profondeur l'encadrement administratif des médecins en centre hospitalier, énonce que les règles d'utilisation des ressources médicales et matérielles visent « à assurer la normalisation des conduites cliniques et le respect de l'allocation des ressources déterminées par l'établissement en ce qui a trait à chacun des départements. »²⁴¹ Ces normes ont un caractère sectoriel, et non général, car elles ne lient que le département qui les élabore²⁴². Cela signifie que les normes départementales seraient généralement développées en silo au sein des établissements. Il s'agit d'un obstacle potentiel à la collaboration interprofessionnelle au sein d'un établissement, puisque les différents départements qui s'y retrouvent ne sont pas d'emblée

²³⁷ *Id.*, art. 173, par. 3; J.-F. LEROUX, préc., note 178; N. LÉGER-RIOPEL, préc., note 235.

²³⁸ LSSSS, art. 213, al. 2; N. LÉGER-RIOPEL, préc., note 235, p. 44.

²³⁹ LSSSS, art. 189, par. 3; art. 214, par. 9 b); *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, RLQ, c. S-5, r. 5 (ci-après « **ROAÉ** »), art 72 : Le chef de département clinique « doit être un médecin titulaire d'un certificat de spécialiste de l'Ordre professionnel des médecins du Québec et être un membre actif du [CMDP] du centre hospitalier »; J.-F. LEROUX, préc., note 178. Le CMDP est également responsable de formuler ce type d'avis au PDG (art. 215, par. 2 LSSSS); Lorsqu'un médecin « ne respecte pas le plan élaboré par le chef de département clinique, déterminant les règles d'utilisation des ressources médicales ainsi que des ressources matérielles, le médecin peut s'exposer à des sanctions administratives » pouvant conduire à une limitation ou une suspension d'utilisation des ressources de l'établissement (art. 189 al. 2 LSSSS).

²⁴⁰ LSSSS, art. 188, al. 2. ; N. LÉGER-RIOPEL, préc., note 235.

²⁴¹ N. LÉGER-RIOPEL, préc., note 235. p. 122.

²⁴² *Id.* : « En cas de règle d'utilisation des ressources dont l'objet même viserait par exemple le partage de ressources ou d'appareils de diagnostic utilisés par les médecins issus de différents départements, la concertation et l'aval des départements concernés deviendrait une condition de validité de la règle d'utilisation des ressources envisagée. » (p. 50); *Giroux c. Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRT)*, 2009 QCCS 1130 : « Par ressources médicales et matérielles le législateur avait assurément en vue la gestion des salles d'opération, des équipements d'analyse et de contrôle, des horaires du personnel de soutien ainsi que la coordination globale des soins à prodiguer. » (par. 135).

coordonnés par les mêmes règles, qui au lieu d'être élaborées dans une perspective de trajectoire de services, semblent élaborées dans une optique de gestion autonome d'un secteur particulier, sans égard aux autres professionnels du secteur ni aux autres secteurs du même établissement. Les normes qui s'appliquent aux médecins évoluent donc parallèlement aux politiques, procédures, directives et règlements de l'établissement qui eux, s'appliquent généralement à tous les professionnels, de tous les secteurs, le cas échéant²⁴³.

Le CMDP doit également formuler des recommandations au CA (préalablement à leur adoption) sur les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments²⁴⁴, lesquelles sont également élaborées par le chef de département clinique²⁴⁵. Les règles de soins s'apparentent à des protocoles de soins ou de services²⁴⁶ et doivent tenir compte « de la nécessité de rendre des services adéquats aux usagers, de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement »²⁴⁷. Ce sont à ces règles de soins que l'on réfère, par exemple lorsqu'on confère au CMDP la responsabilité d'adopter des protocoles cliniques dans le cadre de la *Loi concernant les soins de fin de vie*²⁴⁸.

Le CMDP a également le mandat de formuler des recommandations au président-directeur général (préalablement à l'adoption) concernant le plan d'organisation administratif, professionnel et scientifique de l'établissement²⁴⁹, qui constitue la structure des

²⁴³ N. LÉGER-RIOPEL, préc., note 239, p. 122 : « Ce sont les directives et les différentes ententes entre médecins, lesquelles sont mises en œuvre parallèlement aux régimes explicitement prévus à la loi et dont la portée normative est incertaine, qui auront à recevoir un éclairage jurisprudentiel afin de pouvoir apprécier adéquatement de l'ensemble des normes qui participent au contrôle des activités du médecin en centre hospitalier. »

²⁴⁴ LSSSS, art. 192, par. 2; art. 214, par. 6; N. LÉGER-RIOPEL, préc., note 235, p. 122 : « Cet encadrement, particulièrement en ce qui a trait aux règles de soins ou aux règles d'utilisation des ressources médicales et matérielles, visent à assurer la normalisation des conduites cliniques et le respect de l'allocation des ressources déterminées par l'établissement en ce qui a trait à chacun des départements. ».

²⁴⁵ LSSSS, art. 190, par. 2.

²⁴⁶ *Giroux c. Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTTR)*, préc., note 242.

²⁴⁷ LSSSS, art. 190, par. 2.

²⁴⁸ LCSFV, art. 33 : « Le [CMDP] institué pour un établissement doit, en collaboration avec le [CII], adopter des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et à l'aide médicale à mourir. Les protocoles doivent respecter les normes cliniques élaborées par les ordres professionnels concernés. ».

²⁴⁹ LSSSS, art. 183, par. 2; art. 215, par. 3; ROAÉ, art. 66; N. LÉGER-RIOPEL, préc., note 239. L'auteur Léger-Riopel précise : « Les plans d'organisation et des ressources peuvent se concevoir comme l'énoncé par un établissement des différentes structures hiérarchiques par lesquelles s'exercent ses activités, en fonction des limites inhérentes à son permis. » (p. 37).

programmes et services. Par exemple, le plan d'organisation d'un CH doit prévoir la formation d'un département clinique de médecine générale, qui assume la responsabilité des soins primaires fournis aux services d'urgence, notamment, et ce département doit être dirigé par un médecin omnipraticien²⁵⁰. Les recommandations du CMDP concernent donc l'identification du département ou service duquel doivent relever les actes médicaux, dentaires ou pharmaceutiques d'un programme clinique. La LSSSS précise en outre que le CMDP doit être consulté avant d'instaurer un « mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés des départements cliniques du centre »²⁵¹, lequel est une composante du plan d'organisation. Le CMDP doit donc être consulté avant d'élaborer les règles d'inscription sur la liste d'accès aux services spécialisés ou surspécialisés de tout département²⁵². Le CMDP doit de plus être consulté avant que soient nommés, par le CA, le directeur des services professionnels de l'établissement²⁵³ ainsi que tous les chefs de département clinique²⁵⁴.

L'une des plus importantes responsabilités du CMDP envers le CA est de « contrôler et d'apprécier la qualité, y compris la pertinence, des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques »²⁵⁵ posés dans l'établissement. Cette responsabilité est assumée au moyen d'un comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique²⁵⁶. Ce comité doit notamment juger de la qualité et de la pertinence des soins et services dispensés par les membres du CMDP; étudier les diagnostics préopératoires, postopératoires et anatomopathologiques; examiner les dossiers des usagers ayant présenté des complications, analyser les cas de décès survenus dans le centre; et veiller à ce que la tenue de dossiers des membres soit conforme à la réglementation applicable²⁵⁷. Ce comité doit effectuer ses recommandations au comité exécutif du CMDP²⁵⁸.

²⁵⁰ ROAÉ, art. 67 et 68.

²⁵¹ LSSSS, art. 185.1, par. 1.

²⁵² *Id.*

²⁵³ *Id.*, art. 202.

²⁵⁴ *Id.*, art. 188.

²⁵⁵ *Id.*, art. 214, par. 1.

²⁵⁶ ROAÉ, art. 97.

²⁵⁷ *Id.*, art. 103.

²⁵⁸ *Id.*, art. 103, par. 8.

Le CMDP a également la responsabilité, envers le CA, d'évaluer et de maintenir la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens qui pratiquent dans l'établissement²⁵⁹. Il est également responsable de faire des recommandations sur les qualifications et la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens qui adressent une demande de nomination, ainsi que sur le statut à leur accorder et les privilèges à leur attribuer le cas échéant²⁶⁰.

Le CMDP peut aussi donner son avis au CA sur « les aspects professionnels de l'organisation technique et scientifique du centre » ainsi que fournir des recommandations sur « les aspects professionnels de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques ainsi que sur l'organisation médicale du centre »²⁶¹. De plus, en lien avec l'organisation médicale, le CMDP est spécifiquement responsable de faire des recommandations au CA sur les obligations qui peuvent être rattachées aux privilèges accordés à chaque membre (médecin, dentiste), tel que la participation à la garde²⁶² et à des comités professionnels, scientifiques, médicaux ou administratifs²⁶³.

La question de l'efficacité des services est spécifiquement abordée dans la LSSSS pour encadrer le mode de gouvernance que constitue le CMDP. En effet, il est édicté que dans l'exercice de ses fonctions, le CMDP doit « tenir compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers, de l'organisation de l'établissement et des ressources dont dispose cet établissement »²⁶⁴, particularité qui n'est pas explicitement énoncée pour le CM ou pour le CII.

²⁵⁹ LSSSS, art. 214, par. 2.

²⁶⁰ *Id.*, art. 214, par. 3 et 4.

²⁶¹ *Id.*, art. 214, par. 9 a) et 10. Le CMDP est également responsable de donner son avis au PDG sur les aspects administratifs de l'organisation technique et scientifique de l'établissement ainsi que sur les aspects administratifs concernant la distribution appropriée des soins et services médicaux, dentaires et pharmaceutiques et concernant l'organisation médicale au sein de l'établissement (LSSSS, art. 215, par. 3 et 4).

²⁶² Concernant la garde, le CMDP est aussi responsable envers le CA « d'élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité de médecins, de dentistes et, le cas échéant, de pharmaciens et de biochimistes cliniques, pour les besoins du centre » : *Id.*, art. 214, par. 8).

²⁶³ *Id.*, art. 214, par. 7 a), b) et c).

²⁶⁴ *Id.*, art. 214, al. 3.

Le CMDP a également des responsabilités à l'égard du président-directeur général de l'établissement²⁶⁵. Il doit en effet donner son avis sur les aspects administratifs qui touchent à l'organisation des soins et services²⁶⁶. Plus spécifiquement, le CMDP doit donner son avis sur les moyens à mettre en œuvre pour favoriser la complémentarité des services médicaux avec ceux des autres établissements ou organisations de la région et pour favoriser la réponse aux besoins de la population du territoire, « compte tenu des ressources disponibles et de la nécessité de fournir des services adéquats »²⁶⁷.

Le CMDP est le seul des trois conseils qui peut à la fois fournir des avis et des recommandations au CA et au PDG sur les deux matières suivantes : 1) l'organisation technique et scientifique du centre (avis au CA sur les aspects professionnels; avis au PDG sur les aspects administratifs de cette question) ainsi que 2) la distribution appropriée des soins et services médicaux, dentaires et pharmaceutiques et l'organisation médicale du centre (recommandations au CA sur les aspects professionnels; avis au PDG sur les aspects administratifs de cette question). Tandis que les responsabilités du CM et du CII sur ces deux matières consistent respectivement en : 1) avis au PDG seulement, et 2) recommandations au CA seulement, pour les soins et services dispensés par leurs membres.

Autrement dit, le CMDP dispose de davantage d'interlocuteurs pour les questions d'organisation et de prestations des services dispensés par leurs membres, d'une part. D'autre part, aucune mention à la LSSSS ne spécifie que les trois conseils sont incités à collaborer pour formuler des avis ou recommandations communs, lorsqu'une question concerne plusieurs professions. À nouveau, ces avis ou recommandations n'ont pas à être formulés dans un esprit d'intégration ou de trajectoire, mais plutôt : par les membres, pour ses membres, à l'instar des ordres professionnels, en quelque sorte.

²⁶⁵ *Id.*, art. 215. Par ailleurs, le PDG siège d'office sur chacun des comités exécutifs des conseils professionnels (LSSSS, art. 217 (CMDP), 224 (CII) et 230 (CM)).

²⁶⁶ Caroline DUBÉ, « Les personnes vulnérables et le réseau de la santé et des services sociaux : aux frontières des responsabilités des directeurs généraux des centres hospitaliers », dans *Service de la formation continue, Barreau du Québec, Responsabilités et mécanisme de protection (2004), Cowansville, Éditions Yvon Blais*, p. 23. L'auteure Dubé précise : « [L'article 217 de la LSSSS qui indique que le PDG fait partie du comité exécutif du CMDP] vient nuancer les obligations générales du directeur général. Le directeur général peut donc, sur ces questions administratives, bénéficier de l'avis du CMDP. Il peut également demander l'avis de ce conseil sur toute autre question qu'il juge appropriée et qui touche ses champs de compétence. »

²⁶⁷ LSSSS, art. 215, par. 1.

L'existence du CMDP a différentes visées, que l'on pourrait donc décliner ainsi : Il assure dans un premier temps un certain encadrement administratif et disciplinaire des médecins, dentistes et pharmaciens œuvrant au sein de l'établissement²⁶⁸. Dans un deuxième temps, il permet à ces professionnels d'exercer une grande influence sur l'organisation et la qualité des services par plusieurs mécanismes. Ces mécanismes se résument ainsi : 1) avis et recommandations au CA et au PDG sur plus de sept différents thèmes (qualifications et compétence des membres, mesures disciplinaires²⁶⁹, règles de soins, obligations de participation à des activités cliniques et administratives, organisation et distribution des services, règles d'utilisation des ressources, complémentarité des services)²⁷⁰ et 2) responsabilité exclusive et continue de contrôler et apprécier la qualité et la pertinence des actes médicaux dans l'établissement ainsi que d'évaluer et maintenir la compétence des membres. Le CMDP exerce même cette influence au-delà de ses membres, puisqu'il peut apprécier la qualité de certaines activités exercées par les infirmières²⁷¹, un type d'influence « hors-membres » que les deux autres conseils professionnels n'ont pas, explicitement, de par la LSSSS.

L'obligation explicite de siéger sur certains comités d'établissement est un autre moyen d'influence exclusif au CMDP. En effet, le président ou la présidente du CMDP fait partie d'office du comité consultatif à la direction générale²⁷². Le mandat de ce comité est d'analyser et de faire au PDG les recommandations qu'il juge nécessaires en ce qui concerne : les orientations et priorités d'actions; les moyens à mettre en œuvre pour assurer une complémentarité des services qui répond aux besoins de la population compte tenu des ressources; les conséquences administratives et financières des activités médicales; la

²⁶⁸ N. LÉGER-RIOPEL, préc., note 235.

²⁶⁹ LSSSS, art. 214, par. 5.

²⁷⁰ Ceci sans compter les responsabilités du département régional de médecine générale (ci-après « **DRMG** ») et du comité régional de services pharmaceutiques (ci-après « **CRSP** »), deux autres structures de gouverne médicale prévues dans la LSSSS, qui ont également la responsabilité de formuler des avis et recommandations au PDG : LMRSSS, art. 87 et 204. Ces deux instances n'ont aucun équivalent pour les membres du CM et du CII, depuis l'entrée en vigueur de la LMRSSS, tel qu'il sera précisé plus loin.

²⁷¹ LSSSS, art. 190, par. 1.1; art. 220, par. 1.

²⁷² ROAÉ, art. 16 : « Le conseil d'administration [...] doit constituer un comité consultatif à la direction générale. Outre le directeur général qui le préside, ce comité est composé de cadres supérieurs et de chefs de départements cliniques désignés par le conseil d'administration, de même que du directeur des services professionnels, du directeur des soins infirmiers, du président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, du chef du département de santé communautaire [...], et de la personne responsable de la coordination de l'enseignement [...]. »

répartition des lits dans le centre hospitalier; et l'élaboration du plan d'organisation²⁷³. Ni le CM, ni le CII, n'est convié explicitement à siéger à ce comité abordant pourtant la complémentarité des services et les priorités d'actions stratégiques.

Également, la législation prévoit explicitement, outre le comité exécutif du CMDP, un minimum de quatre autres comités qui doivent être formés par le CMDP : le comité d'examen des titres²⁷⁴; le comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique²⁷⁵; le comité de pharmacologie²⁷⁶; et un comité de discipline qui sera formé pour chaque plainte formulée à l'égard d'un médecin et acheminée par le médecin examinateur pour étude à des fins disciplinaires²⁷⁷.

De surcroît, le ROAÉ précise que « Lorsque les règlements adoptés [par le CA en vertu de l'article 6 ROAÉ] ont une incidence sur les responsabilités du [CMDP], ils doivent avoir fait l'objet d'une consultation auprès de ce dernier²⁷⁸.

Enfin, trois membres reliés au CMDP doivent siéger au CA de chaque établissement, soit un médecin omnipraticien exerçant sur le territoire et membre du département régional de médecine générale²⁷⁹, un médecin spécialiste issu du CMDP et un pharmacien d'établissement, membre du comité régional sur les services pharmaceutiques²⁸⁰.

²⁷³ *Id.*, art. 17.

²⁷⁴ *Id.*, art. 100.

²⁷⁵ *Id.*, art. 103.

²⁷⁶ *Id.*, art. 105.

²⁷⁷ *Id.*, art. 106 et 107; LSSSS, art. 48.

²⁷⁸ ROAÉ, art. 6, al. 2. Ce même article précise en outre : « De même, lorsqu[e] [les règlements adoptés par le CA] ont une incidence sur les responsabilités du conseil consultatif du personnel clinique, ils doivent avoir fait l'objet d'une consultation auprès de ce dernier » (ROAÉ, art. 6, al. 2 *in fine*).

²⁷⁹ Ce médecin pourrait être membre du CMDP ou être un médecin exerçant exclusivement en clinique privée : « Ce département est composé de tous les médecins omnipraticiens qui reçoivent une rémunération de la [RAMQ] et qui pratiquent dans la région, y compris ceux qui pratiquent dans un cabinet privé de professionnel. » : LSSSS, art. 417.1; Pour les fonctions et la composition du DRMG : LSSSS, art. 417.1 à 417.6; LMRSSS, art. 204. Le DRMG pourrait être qualifié de « CMDP régional élargi – volet première ligne médicale », ayant des fonctions similaires au CMDP, en plus d'autres fonctions.

²⁸⁰ LMRSSS, art. 9, par. 1, 2 et 3; Pour les fonctions et la composition du CRSP : LSSSS, art. 417.7 à 417.9; LMRSSS, art. 204. On précise à l'article 417.7 LSSSS : « Ce comité est composé de représentants de chacun des groupes suivants : les pharmaciens propriétaires, les pharmaciens qui exercent leur profession dans les pharmacies communautaires, les chefs de département clinique de pharmacie et les pharmaciens qui exercent leur profession dans un centre exploité par un établissement. Font également partie de ce comité le président-directeur général [...] ainsi qu'un représentant de l'école ou de la faculté de pharmacie d'une université qui se trouve sur le territoire [...]. ». On pourrait qualifier ce comité de « CMDP régional élargi – volet pharmacie », de façon semblable au DRMG.

Il est monnaie courante que le CMDP se voit également confier des responsabilités par les tribunaux²⁸¹. Par exemple, le suivi du traitement suite à une ordonnance de traitement, avec obligation du médecin traitant de faire rapport périodiquement de l'évolution du traitement au comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique du CMDP²⁸². Il est par ailleurs soulevé par l'auteur Ménard que cette configuration présente des lacunes importantes, puisqu'il est complexe de vérifier si le CMDP prend bien connaissance de tels rapports et d'apprécier le suivi qui en est fait. Un élément à questionner est la pertinence que ce soit le CMDP qui assure seul cette responsabilité, alors que pour effectuer ce type de suivi, une évaluation régulière de l'aptitude à consentir et à prendre soin de sa personne est nécessaire, et une telle évaluation se doit d'être interdisciplinaire (médecins, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, notamment), tel que décrit dans la littérature²⁸³.

L'étendue des pouvoirs d'action du CMDP en fait un acteur incontournable de la gouvernance clinique au sein de l'établissement. Cette structure fait en sorte que les médecins, dentistes et pharmaciens sont consultés préalablement à la majorité des décisions qui concernent leur organisation du travail, qu'ils disposent d'un mécanisme de contrôle de la qualité des actes et d'évaluation des compétences par les pairs, qu'ils élaborent ou approuvent une très grande partie des normes ou procédures administratives qui les gouvernent, qu'ils participent à la nomination de certains de leurs gestionnaires, qu'ils siègent à des comités stratégiques pour influencer les priorités organisationnelles et qu'ils élaborent les protocoles cliniques pour les usagers qui consultent les différents départements, notamment.

²⁸¹ Jean-Pierre MÉNARD, « Les requêtes en autorisation de traitements : enjeux et difficultés importantes à l'égard des droits des personnes », dans Service de la formation continue, Barreau du Québec, Autonomie et protection (2007), Cowansville, Éditions Yvon Blais.

²⁸² *Id.*

²⁸³ Dominique GIROUX et Dominique STIBRE, « Validation de l'outil d'évaluation de l'aptitude (OÉA) : Une étude Delphi », (2015) 34-04 *Canadian Journal on Aging* 524; Georges AUBÉ, « Collaborations interprofessionnelles en contexte de détermination de l'inaptitude », (2008) 1 *Cours de perfectionnement du notariat* 1; J.-P. MÉNARD, préc., note 281 : « En pratique, les tribunaux devraient plutôt ordonner aux hôpitaux de former un comité ad hoc comprenant au moins un psychiatre, un autre intervenant en santé mentale et un représentant du Comité des usagers pour surveiller le suivi du patient. Tous les rapports et documents de suivi doivent se retrouver dans le dossier du patient [et non dans les dossiers confidentiels du CMDP]. » (p. 11).

Conseil multidisciplinaire (CM) : flou artistique non tentaculaire

Le Conseil multidisciplinaire a été inclus à la LSSSS en 1991, principalement en réponse aux demandes des ordres professionnels qui demandaient à rehausser la représentativité des professionnels offrant des services sociaux, de réadaptation et de santé physique au sein des structures de gouverne des établissements de santé et de services sociaux²⁸⁴.

La première particularité de ce conseil professionnel est sa composition hétéroclite :

« Ce conseil est composé de toutes les personnes qui sont titulaires d'un diplôme de niveau collégial ou universitaire et qui exercent pour l'établissement des fonctions caractéristiques du secteur d'activités couvert par ce diplôme et reliées directement aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche ou à l'enseignement [...]. Toutefois, un médecin, un dentiste, un pharmacien ou une sage-femme ne fait pas partie du conseil multidisciplinaire. De même, une infirmière, un infirmier ou une personne qui exerce des activités d'infirmières ou infirmiers auxiliaires ne fait pas partie du conseil multidisciplinaire lorsqu'un conseil des infirmières et infirmiers est institué pour l'établissement. »²⁸⁵.

Le conseil multidisciplinaire est donc défini principalement par le niveau académique du diplôme, par le fait d'accomplir une fonction reliée aux services de santé, et par l'exclusion d'autres professions. Le CM est en fait l'instance qui regroupe des professionnels²⁸⁶ tels qu'organismes communautaires, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, inhalothérapeutes, techniciens en radiologie, nutritionnistes, psychologues et éducateurs spécialisés²⁸⁷. Ces professionnels œuvrent en CLSC, en centre de réadaptation, en CHSLD, dans les divers départements hospitaliers ou services et en centre jeunesse.

²⁸⁴ M. GIROUX, G. ROCHER et A. LAJOIE, préc., note 17.

²⁸⁵ LSSSS, art. 226 al. 2, 3 et 4.

²⁸⁶ « La définition du mot « professionnel » dans le cadre du présent document peut s'étendre à des personnes qui sont titulaires d'un diplôme universitaire ou collégial sans nécessairement détenir une certification professionnelle, et qui exercent des fonctions directement reliées aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche ou à l'enseignement. » : ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC, préc., note 26, p. 15 (PDF).

²⁸⁷ ASSOCIATION DES CONSEILS MULTIDISCIPLINAIRES DU QUÉBEC, *Mémoire. Avis de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ) sur le Projet de loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions (Projet de loi n° 99)*, Dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques. Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux, Québec, 2016, en ligne : <<http://www.a-cm-q.com/wp-content/uploads/2017/02/M%C3%A9moire-ACMQ-Projet-de-loi-99.pdf>> (consulté le 4 juillet 2017). Selon l'association, le CM regroupe jusqu'à 45 titres professionnels différents et représente, au Québec, plus de 60 000 professionnels de la santé et des services sociaux qui ouvrent au sein des CISSS et des CIUSSS.

En ce qui concerne les similitudes avec le CMDP, le CM est lui aussi responsable de faire des recommandations au CA sur la distribution appropriée des services dispensés par ses membres pour assurer des services de qualité²⁸⁸ et de formuler des avis au PDG sur l'organisation scientifique et technique de l'établissement²⁸⁹ et sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres²⁹⁰.

À l'égard de la question de la compétence des membres, le niveau d'imputabilité diffère toutefois entre le CM et le CMDP. En fait, le CM ne formule que des avis au PDG sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres, et ce à l'initiative du CM²⁹¹. Le CMDP a pour sa part plusieurs responsabilités continues et exclusives à l'égard de la compétence des membres : évaluer directement et voir à maintenir la compétence de ses membres, veiller à la participation de ceux-ci à un programme d'éducation continue²⁹², et faire des recommandations au CA préalablement à l'embauche des médecins, dentistes et pharmaciens concernant leur compétence.

Avec l'entrée en vigueur de LMRSSS en 2015, de nouvelles responsabilités ont été confiées au CM à l'égard du CA, soit de donner son avis sur : 1) l'organisation, la distribution et l'intégration des services sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre; 2) des questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région; et 3) les approches novatrices de services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population²⁹³. D'une part, ces nouvelles responsabilités semblent relativement redondantes

²⁸⁸ LSSSS, art. 227, par. 2. Cependant, le CM n'a pas la responsabilité de formuler des avis au PDG sur cette matière, contrairement au CMDP.

²⁸⁹ *Id.*, art. 228, par. 1. Cependant, le CM n'a pas la responsabilité de formuler des avis au CA sur cette matière également, contrairement au CMDP.

²⁹⁰ *Id.*, art. 228, par. 2.

²⁹¹ *Id.*, art. 228, par. 2.

²⁹² ROAÉ, art. 98, par. 2.

²⁹³ LSSSS, art. 370.7; LMRSSS, art. 87. Ces responsabilités étaient auparavant dévolues à la commission multidisciplinaire régionale, qui était une instance de l'agence de santé et de services sociaux, ancien pallier régional du réseau de la santé et des services sociaux aboli par l'entrée en vigueur de la LMRSSS. Également, les articles relatifs à la composition de la commission multidisciplinaire régionale, aux modalités de désignation des membres, aux règles de régie interne et à la création de comités ne s'appliquent plus, en vertu de l'article 87 LMRSSS, ce qui fait en sorte que ces nouvelles responsabilités n'entraînent pas la création de nouvelles instances au sein des CISSS et des CIUSSS. La LMRSSS énonce également que dans les régions comptant plus d'un CISSS ou CIUSSS, les nouvelles responsabilités issues de la commission multidisciplinaire régionale sont assumées par le CM de l'établissement issu de la fusion de l'agence et d'autres établissements. Ce ne sont donc pas tous les CM du Québec qui assument ces nouvelles responsabilités. Par exemple dans la région de Montréal,

avec celles qui étaient déjà dévolues au CM, pour ce qui est de l'organisation et la distribution des services. D'autre part, ces nouvelles fonctions s'apparentent à celles du CMDP et du DRMG qui touchent la complémentarité des services. En effet, le CM acquiert dans ses responsabilités de nouvelles notions d'intégration, d'accessibilité et de coordination, ce qui constitue une sorte de gain récent pour le CM, élargissant ainsi son potentiel d'influence. Toutefois, pour le CM, on utilise des formulations telle que « donner son avis », alors que pour le CMDP et le DRMG, les formulations « faire des recommandations », « définir et proposer » et « évaluer l'atteinte des objectifs » sont également utilisées²⁹⁴ pour définir leur responsabilité à cet égard.

Si le législateur a probablement innové en favorisant l'intégration des mandats de deux instances (ancienne commission multidisciplinaire régionale et CM) en une seule instance (le CM), il n'en est pas ainsi pour le CMDP, puisque le DRMG et le CRSP demeurent en fonction malgré l'abolition des agences, ce qui multiplie les instances de gouverne pour les médecins et en réduit le nombre pour les autres professionnels. Cela a probablement pour effet de diminuer l'influence du CM (puisque une seule instance pour s'exprimer versus trois pour les médecins), mais représente possiblement une voie à suivre en vue d'une gouvernance plus efficiente. Cette expérience d'intégration des mandats pourrait s'avérer être la voie à suivre pour des refontes ultérieures de la LSSSS.

Un élément distinctif du CM par rapport aux deux autres conseils est la présence, pour le CM, d'un préambule à l'article 227 énonçant ses responsabilités envers le CA. En effet, une réserve est formulée ainsi : « Sous réserve de ce qui est prévu aux articles 214 et 220, le conseil multidisciplinaire est responsable ». On réfère ainsi aux responsabilités du CMDP envers le CA, ainsi qu'aux responsabilités du CII à l'égard du CA. Ni la LSSSS ni le ROAÉ ne définit comment s'applique cette réserve ou cette restriction à l'égard des responsabilités du CM. La littérature recensée dans le cadre de cet essai n'apporte pas non plus de précision. Est-ce à dire que le CM ne doit pas exercer ses responsabilités en chevauchant celles du CMDP et du CII ? Ou ne pas se prononcer sur des questions qui touchent à première vue les médecins ou les infirmières ? Il est possible que le législateur ait exprimé un souci d'exclusivité (voir de silos) entre les trois conseils, en ajoutant cette spécificité au CM, ce

seul le CM du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal assume ces nouvelles responsabilités depuis 2015.

²⁹⁴ Pour les responsabilités du DRMG : LSSSS, art. 417.2, par. 1 à 8.

dernier étant probablement le conseil consultatif le moins concret pour la compréhension commune. On peut conclure à une absence d'incitation à l'intégration ou à la collaboration entre les trois conseils professionnels dans la LSSSS, voir même un frein à la collaboration.

Sur le plan de l'appréciation de la qualité des pratiques professionnelles, le CM se distingue du CMDP en ce que son degré d'imputabilité est moindre. En effet, le CM a la responsabilité envers le CA de « constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres »²⁹⁵. Contrairement aux divers comités du CMDP, le comité de pairs n'est pas défini dans la LSSSS ni dans le ROAÉ. Il faut ainsi se référer à la documentation développée par certaines associations, qui établit que le comité de pairs est mis sur pied, au besoin, par le comité exécutif du CM et regroupe des professionnels d'un même titre d'emploi ou d'une même profession²⁹⁶. Le comité de pairs est le moyen énoncé par le législateur pour définir la responsabilité du CM à l'égard de la qualité des pratiques professionnelles de ses membres.

Il est compréhensible que le législateur n'ait pu confier à un conseil professionnel aussi hétéroclite la responsabilité d'apprécier la qualité des activités professionnelles de tous les professionnels non médecin-dentiste-pharmacien-infirmière de l'établissement. De plus, ces membres sont employés de l'établissement, et donc la responsabilité de la qualité des services professionnels est partagée avec différentes directions cliniques, incluant la direction des services multidisciplinaires. Il est également logique que le législateur ait voulu créer tout de même une entité de gouvernance clinique (interdisciplinaire) ayant la latitude d'opérer sensiblement les mêmes responsabilités que le CMDP à l'égard de la qualité des pratiques professionnelles, mais de façon visiblement plus ponctuelle et donc moins névralgique (par l'utilisation du terme « lorsque requis », notamment). Les comités de pairs semblent laisser la latitude au CM de s'adapter à chaque catégorie de professionnels (profession réglementée ou non-règlementée, par exemple). Alors que le CMDP exerce un contrôle continu et exclusif de la qualité des actes médicaux de ses membres au moyen d'un comité spécifique (comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique), le CM est quant à lui un acteur parmi d'autres dans l'organisation qui permet la mise sur pied de

²⁹⁵ *Id.*, art. 227, par. 1; ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC, préc., note 26.

²⁹⁶ ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC, préc., note 26, p. 9.

projets d'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles, avec la spécificité de procéder de façon unidisciplinaire (par profession) via les comités de pairs, et d'être initié par les professionnels eux-mêmes. Mentionnons que le CM a également la latitude nécessaire pour former les différents comités qui pourraient être pertinents à la réalisation de ses mandats²⁹⁷.

L'Association des CLSC et des CHSLD du Québec établissait donc ainsi l'interprétation du mandat des comités de pairs :

« Le mandat du CM est libellé de façon à respecter la diversité des professions dont ses membres sont susceptibles de faire partie. C'est pourquoi la loi fait référence de façon explicite à la possibilité d'établir des comités de pairs [...]. Cette disposition signifie qu'il ne revient pas au CM d'apprécier la qualité de la pratique professionnelle dans un domaine particulier, mais au comité de pairs constitué par le CM pour ce domaine d'activité.

Par la mention du « lorsque requis », la responsabilité de mettre sur pied des comités de pairs fait également appel à une notion de pertinence ou d'identification d'opportunités, dont doit être empreinte les décisions du CM à cet égard. Le but devrait être en principe de mettre sur pied « les comités de pairs utiles par rapport aux pratiques professionnelles présentes dans les instances locales »²⁹⁸.

Le CM est en somme une instance consultative qui n'a pas de pouvoirs décisionnels, contrairement au CMDP²⁹⁹. En effet, elle formule des avis et recommandations lorsque ceux-ci sont sollicités ou de sa propre initiative, mais aucune disposition législative ne mentionne une obligation pour le CA ou le PDG de consulter le CM avant l'adoption de politiques, procédures, directives, règles de soins, nominations, règles d'utilisation de ressources ou plan d'organisation. Le pouvoir du CM résiderait donc dans « la façon dont il exécute son

²⁹⁷ LSSSS, art. 229 : « Le conseil multidisciplinaire peut adopter des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration. » Le CMDP et le CII peuvent faire de même (LSSSS, art. 216 et 222). Notons que la *Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux* (L.Q., 2017, c. 21) prévoit que le ministre doit autoriser tout projet de règlement du CA d'un établissement public, d'un CMDP, d'un CII et d'un CM, de même que celui d'un DRMG et d'un CRSP (art. 49 de cette loi).

²⁹⁸ ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC, préc., note 26, p. 23 (PDF).

²⁹⁹ ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC, préc., note 26.

mandat [et la] valeur de ses prises de position », et non dans un « pouvoir de sanctionner l'une ou l'autre décision prise »³⁰⁰.

Quant au nombre de professionnels provenant du CM devant siéger sur le CA d'un l'établissement, la LSSSS prévoit qu'un seul professionnel provenant du collège électoral du CM doit être nommé au CA³⁰¹. En comparaison, trois membres du CMDP doivent y siéger (dont l'un d'entre eux pourrait être un médecin généraliste pratiquant en clinique privée, ou au sein de l'établissement).

Le CM procure en principe aux professionnels de la réadaptation, des services sociaux et de la santé physique un pouvoir de faire entendre leurs préoccupations, par une structure de gouverne professionnelle et clinique parallèle à la structure hiérarchique administrative. Cette voie de consultation et d'expression directe permettrait également aux instances dirigeantes de consulter directement la base³⁰². Le CM, tout comme le CII et le CMDP, permettrait de rejoindre tous les professionnels impliqués dans la prestation de services et de « s'assurer que le souci de la qualité dans l'organisation et dans la dispensation des services ne soit pas uniquement une préoccupation des cadres »³⁰³.

En résumé, le CM et le CMDP partagent quelques responsabilités, dont certaines sont empreintes d'un niveau d'imputabilité de différents degrés (davantage d'imputabilité pour le CMDP). Le CMDP comporte surtout un très grand nombre de responsabilités qui ne se retrouvent pas dans les mandats du CM, soit notamment : contrôler la qualité des activités professionnelles, faire des recommandations sur des règles de soins, intervenir sur des aspects disciplinaires et formuler des avis sur les objectifs stratégiques de l'établissement.

Conseil des infirmières et infirmiers (CII) : modèle hybride

Le CII fut instauré sensiblement dans le même contexte que le CM et assume des responsabilités semblables au CM, à l'égard du CA et du PDG. La représentativité de cette catégorie de professionnels au sein du CA de l'établissement est la même que pour le CM,

³⁰⁰ *Id.*, p. 24 (PDF).

³⁰¹ LMRSSS, art. 9, par. 5.

³⁰² ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC, préc., note 26.

³⁰³ *Id.*, p. 25 (PDF).

soit un seul professionnel provenant du collège électoral du CII³⁰⁴. Les principales distinctions entre le CM et le CII seront présentées.

D'abord, le CII a une responsabilité que l'on pourrait qualifier d'hybride en ce qui concerne la qualité des soins infirmiers. En effet, il n'a ni la responsabilité de constituer des comités de pairs pour apprécier la qualité de la pratique professionnelle (tel que le CM), ni celle de contrôler la qualité et la pertinence des actes professionnels (tel que le CMDP pour les actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques). Le CII a plutôt la responsabilité « d'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans le centre et, le cas échéant, en collaboration avec le CMDP, la qualité des activités visées à l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*³⁰⁵ et exercées dans l'établissement³⁰⁶. Cette formulation législative est probablement liée au fait que le CII regroupe une seule profession (diminuant la nécessité de recourir aux comités de pairs), mais n'a pas l'exclusivité de la responsabilité de l'évaluation de la qualité des soins (contrairement au CMDP), car cette responsabilité est partagée par plusieurs directions ou structures dans l'établissement, incluant la direction des soins infirmiers.

En ce qui concerne les règles de soins, le CII est responsable envers le CA de faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à leur membres (à l'instar du CMDP pour les règles de soins médicaux). Une particularité propre au CII et au CMDP seulement est la présence d'une transversalité du pouvoir de recommandation sur les règles de soins à l'égard de membres d'un autre conseil. En effet, le CII peut faire des recommandations (préalablement à leur adoption) sur les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments qui s'appliquent à la fois aux médecins et aux infirmières habilitées à exercer des activités normalement réservées aux médecins en application de l'article 36.1 LII³⁰⁷. De même, le CMDP formule également des

³⁰⁴ LMRSSS, art. 9, par. 5.

³⁰⁵ *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, RLRQ, c. I-8 (ci-après « LII »); L'article 36.1 LII concerne les activités réservées normalement aux médecins se retrouvant à l'article 31 de la *Loi médicale* (RLRQ, c. M-9) qui peuvent être accomplies par les infirmières lorsqu'elles sont habilitées par règlement pris en application de la *Loi médicale* et de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, soit possiblement les activités suivantes : (1) prescrire des examens diagnostiques; (2) utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice; (3) prescrire des médicaments et d'autres substances; (4) prescrire des traitements médicaux; et (5) utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice. (art. 36.1 LII).

³⁰⁶ LSSSS, art. 220, par. 1.

³⁰⁷ *Id.*, art. 192.

recommandations sur ces règles de soins médicaux qui seront applicables aux infirmières. Cette transversalité est en quelque sorte un pas timide vers la collaboration interprofessionnelle dans la gouvernance, puisqu'aucune mention n'indique que le CMDP et le CII doivent collaborer pour effectuer une recommandation conjointe ou atteindre un consensus. Par ailleurs, la règle de soins est un concept qui ne se retrouve pas dans les responsabilités du CM.

Un autre élément distinctif du CII est qu'il doit constituer un comité d'infirmières et infirmiers auxiliaires (ci-après « **CIIA** »), avec lequel il entretient de liens collaboratifs et qui permet aux infirmières auxiliaires d'exercer un leadership distinct de celui des infirmières, lequel se retrouve décentralisé (quoique intégré)³⁰⁸. Le CIIA doit faire rapport au comité exécutif du CII³⁰⁹ et lorsqu'une recommandation du CIIA n'est pas retenue par le comité exécutif du CII, elle doit être transmise au CA de l'établissement accompagnée des motifs de sa non-acceptation³¹⁰. Cette obligation confère un certain poids aux recommandations du CIIA.

Un point commun entre le CII et le CMDP est qu'ils partagent une partie de leurs responsabilités avec un directeur ou une directrice qui est responsable notamment de soutenir les activités du conseil professionnel associé³¹¹. Il s'établit ainsi un partenariat entre la structure de gouverne administrative et la structure de gouverne clinique. Il s'agit du directeur ou de la directrice des soins infirmiers (pour le CII) et du directeur ou de la directrice des services professionnels (pour le CMDP). On ne retrouve pas cette particularité pour le CM³¹². Ces directions transversales professionnelles doivent notamment veiller au bon fonctionnement des comités du CII et du CMDP et s'assurer que ces conseils apprécient

³⁰⁸ *Id.*, art. 223, al. 2, par. 1, 2 et 3. Ce comité a les trois fonctions suivantes : 1) apprécier la qualité des soins infirmiers posés par les personnes qui exercent des activités d'infirmières ou infirmiers auxiliaires pour l'établissement, 2) donner son avis sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres et 3) faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins infirmiers exercés par ces personnes.

³⁰⁹ *Id.*, art. 223, al. 4.

³¹⁰ *Id.*, art. 225.

³¹¹ *Id.*, art. 202 et 206.

³¹² Toutefois, on retrouve dans les organigrammes des CISSS et CIUSSS une direction des services multidisciplinaires, qui est le pendant de la DSI et de la DSP : CISSS DE CHAUDIÈRE-APPALACHES, « Organigramme des directions du CISSS de Chaudière-Appalaches » (2017), en ligne : <http://www.ciass-ca.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/ORG_Organisationnel_CISSCA_V2017-04-01_CSTP.pdf> (consulté le 27 juillet 2017). Or, cette direction ne se retrouve pas explicitement dans la loi.

adéquatement les actes médicaux et les actes infirmiers posés dans le centre (avec leurs particularités propres)³¹³.

De plus, contrairement au CM pour ses membres, le CII pourrait, dans certaines situations, être impliqué pour consultation en vue d'une sanction disciplinaire à l'égard d'une infirmière. En effet, la LSSSS édicte d'abord que le directeur des soins infirmiers « peut, pour un motif disciplinaire ou d'incompétence, notamment sur avis du chef de département clinique ou du directeur des services professionnels, limiter ou suspendre l'exercice dans le centre par une infirmière ou un infirmier de l'une ou plusieurs des activités visées à l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* »³¹⁴ et indique ensuite qu'en cas de refus de la DSI, une telle décision peut être prise par le directeur général de l'établissement, après consultation du CMDP et du CII³¹⁵.

L'ajout de cette responsabilité de nature disciplinaire au CII (et surtout au CMDP à l'égard des membres du CII) semble découler de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* et de la volonté du législateur d'assujettir certaines activités des infirmières au contrôle médical. De cela, il résulte que les actes médicaux délégués aux infirmières sont contrôlés surtout par le CMDP, qu'ils soient accomplis par un médecin ou par une infirmière. Par ailleurs, on ne retrouve pas cette particularité chez les membres du CM, dont certains, pourtant, accomplissent des activités réservées recoupant aussi des actes réservés aux médecins.

Le CII est donc ce qu'on pourrait qualifier de « modèle hybride » entre le CM et le CMDP, étant une instance mieux définie que le CM et partageant davantage de responsabilités avec le CMDP que le CM. Ce conseil comporte deux éléments plus distinctifs. D'abord, il permet explicitement la création d'un « sous-comité professionnel » qui existe en permanence, soit le CIIA. L'existence du CIIA ouvre donc la voie à l'intégration entre conseils professionnels en établissant la possibilité que deux conseils puissent collaborer pour élaborer des règles de soins communes. Par ailleurs, cet élément pourrait éventuellement s'appliquer au CM, puisque celui-ci peut créer les comités nécessaires à la poursuite de ses fins, par règlement. Le deuxième élément distinctif du CII est qu'il a une responsabilité plus grande à l'égard de la qualité des activités professionnelles de ses membres, puisqu'il peut apprécier de manière

³¹³ LSSSS, art. 204, par. 4; art. 207, par. 3.

³¹⁴ *Id.*, art. 207.1, al. 1.

³¹⁵ *Id.*, art. 207.1, al. 3.

générale la qualité des actes, alors que le CM a simplement une possibilité de créer des comités de pairs pour ce faire, ce qui représente un moyen probablement moins concret et diminuant quelque peu l'imputabilité du CM.

En somme, les conseils professionnels rappellent l'organisation du système professionnel québécois, qui semble transposé dans la gouvernance dans les établissements publics de santé et de services sociaux, à quelques différences près. En effet, il existe un conseil professionnel par catégorie de professionnels (les professions médicales, les professions de soins infirmiers, et les « multi »). Le conseil multidisciplinaire fait figure d'exception. De plus, il semble que le CM, de par sa grande diversité professionnelle, pourrait potentiellement être un lieu propice à l'intégration des services et à l'innovation en matière de collaboration interprofessionnelle. Il apparaît cependant qu'il s'agit du conseil professionnel disposant du plus faible degré d'influence en relation avec les autres conseils, ce qui en diminue probablement son potentiel.

L'Association des CLSC et des CHSLD énonçait il y a plus de dix ans :

« [Pour] atteindre les objectifs visés à la loi 25 sur l'accessibilité et la continuité des services de santé et des services sociaux, un travail interdisciplinaire sera nécessaire. En conséquence, les conseils professionnels auront tout intérêt à fonctionner ensemble. Ainsi, ils devront se concerter sur plusieurs sujets, dont l'amélioration constante des soins et des services offerts à la population, selon les concepts, les approches et les modèles d'organisation préconisés par la loi 25. »³¹⁶

Il est pertinent de conclure que malgré toute bonne volonté qui pourrait être démontrée par les conseils professionnels quant à la collaboration interprofessionnelle, la LSSSS ne constitue pas en soi un cadre législatif suffisamment explicite, flexible et équilibré pour inciter à la collaboration interprofessionnelle en matière de gouvernance.

Un résumé intégratif des responsabilités des trois conseils professionnels, regroupées par thèmes, et démontrant l'influence relative des différents groupes de professionnels, est présenté au **Tableau 1**. À noter que ce tableau exclut les modifications législatives apportées par la *Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux* (L.Q., 2017, c. 21) qui, au moment de la soumission de cet essai, n'est pas encore adoptée.

³¹⁶ ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC, préc., note 26., p. 39 (PDF).

**Tableau 1 : Distinctions au niveau des responsabilités et fonctions du CMDP,
du CII et du CM**

Thème	Fonction	CMDP	CII	CM
Organisation et distribution des services	Recommandations au CA sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par leurs membres (art. 214, par. 10, art. 220, par. 3; art. 227, par. 2 LSSSS)	X	X	X ³¹⁷
	Avis au PDG sur l' organisation technique et scientifique du centre (art. 215, par. 3, art. 221, par.1; art. 228, par. 1 LSSSS)	X ³¹⁸	X	X
	Recommandations au CA sur les obligations qui peuvent être rattachées à la jouissance des privilèges accordés à un médecin ou à un dentiste par le CA (participation aux activités cliniques du centre, y compris la garde; à des activités d'enseignement et de recherche; à des comités professionnels, scientifiques, médicaux ou administratifs; aux activités médicales prévues à une entente visée aux art. 108 et 109 LSSSS) (art. 214, par. 7)	X		
	Élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité des membres, pour les besoins du centre (art. 214, par. 8)	X		
	Avis au CA sur les règles d'utilisation des ressources et sur les sanctions administratives qui doivent y être prévues (art. 214, par. 9 b) LSSSS)	X ³¹⁹		
	Recommandations au CA sur l' organisation médicale du centre (art. 214, par. 10)	X		
	Avis au PDG sur la distribution appropriée des soins et services médicaux / dentaires / pharmaceutiques ainsi que sur l'organisation médicale du centre (art. 215, par. 4)	X		
	Recommandation (préalablement à l'adoption) concernant le plan d'organisation administratif, professionnel et scientifique de l'établissement, lequel décrit les structures administratives, les directions, services et départements ainsi que les programmes cliniques de l'établissement (art. 183, al. 2 et 184, al. 2 LSSSS)	X ³²⁰		

³¹⁷ « [E]u égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tout centre exploité par l'établissement » (art. 227, par. 2 LSSSS) et « sous réserve de ce qui est prévu aux articles 214 et 220 » (art. 227, al. 1 LSSSS).

³¹⁸ En plus de donner son avis au PDG sur les « aspects administratifs » de cette question, le CMDP peut aussi donner son avis **au CA** sur les « aspects professionnels » de l'organisation technique et scientifique du centre (art. 214, par. 9 a) et 215, al. 1, par. 3 LSSSS).

³¹⁹ En plus de donner son avis au CA sur les aspects professionnels de cette question, le CMDP a également la fonction de donner son avis **au PDG** sur les aspects administratifs de ces règles d'utilisation des ressources et sur les sanctions administratives qui doivent y être prévues (art. 215, par. 2 LSSSS).

³²⁰ « Le plan d'organisation de l'établissement indique, sur recommandation du [CMDP], de quel département ou service relèvent les actes médicaux, dentaires ou pharmaceutiques d'un programme clinique (...). » (art. 183, al. 2 LSSSS). Il semble que pour l'élaboration du plan d'amélioration, le CM et/ou le CII devrait ou pourrait être interpellé, puisqu'« [à] cette fin, le comité consultatif à la direction générale doit comprendre, en plus des personnes qui le composent en vertu de l'article 16, une personne désignée par le conseil consultatif du personnel clinique. » (art. 17, par. 5 ROAÉ).

Thème	Fonction	CMDP	CII	CM
Compétence	Évaluer et maintenir la compétence de ses membres (art. 214, par. 2)	X ³²¹		
	Veiller à la participation de ses membres à un programme d'éducation continue (art. 98, par. 2 ROAÉ)	X		
	Avis au PDG sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres (art. 221, par. 2; art. 228, par. 2 LSSSS)		X	X
	Recommandations au CA sur les qualifications et la compétence d'un médecin / dentiste / pharmacien qui adresse une demande de nomination (ou de renouvellement) ainsi que sur les privilèges et/ou le statut à lui accorder (art. 214, par. 3 et 4)	X		
Innovation	Avis au CA sur les approches novatrices de soins et services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population (art. 370.3, par. 3 et art. 370.7, par. 3; art. 87, al. 2 LMRSSS) ³²²		X	X
Accessibilité	Avis au CA sur l' organisation, la distribution et l'intégration des soins et services offerts par leurs membres sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre concernée (art. 370.3 par. 1 et art. 370.7, par. 1 LSSSS; art. 87, al. 2 LMRSSS) ³²³		X	X
	Avis au CA sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins et services offerts par leurs membres (art. 370.3, par. 2 et art. 370.7, par. 2 LSSSS; art. 87, al. 2 LMRSSS) ³²⁴		X	X
	Avis au PDG sur les moyens à mettre en œuvre pour que les services médicaux / dentaires / pharmaceutiques soient complémentaires à ceux dispensés dans un autre établissement de la région et pour qu'ils répondent aux besoins de la population à desservir, compte tenu des ressources disponibles et de la nécessité de fournir des services adéquats (art. 215, par. 1)	X ³²⁵		
	Autoriser ses membres à fournir, utiliser ou prescrire un médicament qui n'est pas inscrit sur la liste dressée par le ministre énonçant les médicaments qu'un établissement peut normalement fournir (art. 116, al. 3, 4 et 5 LSSSS)	X		
	Peut demander à l'un de ses membres, dans l'éventualité où des problèmes urgents d'accès à des services sont constatés dans une autre installation de l'établissement, d'offrir un soutien temporaire dans l'installation qui lui est indiquée, et ce, collectivement avec les	X		

³²¹ Le CMDP peut, avec l'autorisation du CA, avoir recours à un expert externe à l'établissement dans l'exercice de cette fonction (art. 214, al. 2 LSSSS).

³²² Nouvelle fonction dévolue au CM et au CII depuis l'entrée en vigueur de la LMRSSS. Cette responsabilité était auparavant dévolue à la commission multidisciplinaire régionale et à la commission infirmière régionale, anciens organes des agences de santé et de services sociaux (art. 87 LMRSSS).

³²³ Nouvelle fonction dévolue au CM et au CII depuis l'entrée en vigueur de la LMRSSS (art. 87 LMRSSS).

³²⁴ *Id.*

³²⁵ La LSSSS précise que ces avis portent « sur les aspects administratifs » de cette question (art. 215, al. 1 LSSSS).

Thème	Fonction	CMDP	CII	CM
	autres membres de son service ou de son département (art. 61 LMRSSS)			
Qualité des activités professionnelles	Contrôler et d'apprécier la qualité , y compris la pertinence, des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques (art. 214 par. 1 LSSSS)	X ³²⁶		
	S'assurer que la qualité et la pertinence des soins et services de ses membres font l'objet d'une évaluation continue , et prendre les dispositions appropriées pour en assurer le contrôle, notamment par la vérification de l'observance des règles de soins (art. 189, par. 7 et art. 190 LSSSS; art. 98, par. 1 ROAÉ)	X		
	Apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers (art. 220, par. 1 LSSSS)	X ³²⁷	X	
	Constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle (art. 227, par. 1 LSSSS)			X ³²⁸
	Recevoir, 1x/an et chaque fois qu'il est nécessaire, un rapport, de la personne responsable de l'étude des plaintes à l'égard de ses membres, décrivant les motifs des plaintes examinées, ses recommandations touchant la qualité des services dispensés par ses membres (art. 50 LSSSS)	X		
Protocoles cliniques et administratifs	Recommandations au CA sur les règles de soins médicaux et dentaires et sur les règles d'utilisation des médicaments (art. 192, al. 2; art. 214, par. 6; art. 220, par. 2.1 LSSSS)	X	X ³²⁹	
	Recommandations au CA sur les règles de soins infirmiers applicables à leurs membres (art. 220, par. 2)		X	
Structuration avancée	Constituer des comités , pouvant adopter leurs propres règlements de régie interne; et desquels le conseil professionnel reçoit un rapport d'activités (art. 223 LSSSS; Section IV du ROAÉ)	X ³³⁰	X ³³¹	

³²⁶ Le CMDP peut, avec l'autorisation du CA, avoir recours à un expert externe à l'établissement dans l'exercice de cette fonction (art. 214, al. 2 LSSSS).

³²⁷ Activités visées à l'article 36.1 LII.

³²⁸ L'article 227, al. 1 précise : « Sous réserve de ce qui est prévu aux articles 214 et 220 ».

³²⁹ Excepté sur les règles de soins dentaires; et lorsqu'applicables à leurs membres habilités à exercer des activités visées à l'article 36.1 LII.

³³⁰ Soit 1) le comité d'examen des titres, dont les fonctions sont énoncées à l'article 100 ROAÉ; 2) le comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique, dont les fonctions sur énoncées à l'article 103 ROAÉ; 3) le comité de pharmacologie, dont les fonctions sont énoncées à l'article 105 ROAÉ; et 4) un comité de discipline, formé lorsqu'une plainte est formulée à l'égard d'un médecin / dentiste / pharmacien, pour étude à des fins disciplinaires, et dont les fonctions sont énoncées à l'article 107 ROAÉ (art. 46, par. 2; art. 48, al. 1 LSSSS).

³³¹ Soit le comité d'infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA).

Thème	Fonction	CMDP	CII	CM
Consultation préalable	Être consulté lorsque le CA prévoit adopter des règlements en vertu de l'art. 6 ROAÉ qui ont une incidence sur les responsabilités du conseil professionnel concerné (art. 6, al. 2 ROAÉ)	X ³³²		
	Fait partie d'office du comité consultatif à la direction générale (art. 16 ROAÉ)	X ³³³		
	Être consulté avant la nomination de certains gestionnaires (art. 188, al. 2 et art. 202 LSSSS; art. 76 ROAÉ)	X ³³⁴		
	Être consulté avant l'adoption par le CA d'une procédure d'examen des plaintes concernant ses membres » (art. 29 LSSSS)	X		
	Recommandation sur la désignation de la personne responsable de l'étude des plaintes à l'égard de ses membres (art. 42, al. 1 LSSSS)	X ³³⁵		
Mesures disciplinaires	En cas d'urgence, peut suspendre les privilèges ou le statut de l'un de ses membres (art. 251 LSSSS)	X		
	Dans certaines situations ³³⁶ , être consulté avant la limitation ou la suspension , par le directeur général, de l'exercice par une infirmière de l'une ou plusieurs des activités visées à l'art. 36.1 LII	X	X	
	Avis au CA sur les mesures disciplinaires que le CA devrait imposer à un membre (art. 214, par. 5)	X		
Autres fonctions	Assumer toute autre fonction que lui confie le CA (art. 214, par. 11; art. 220, par. 4; art. 227, par. 2 LSSSS)	X	X	X
	Avis au PDG sur toute autre question que le PDG porte à son attention (art. 215, par. 5 LSSSS)	X	X	X

³³² Le ROAÉ précise qu'une telle consultation doit également avoir lieu lorsque ces règlements « ont une incidence sur les responsabilités du conseil consultatif du personnel clinique » (art. 6, al. 2 ROAÉ). Nous posons l'hypothèse selon laquelle le ROAÉ n'a pas été mis à jour en relation avec les modifications législatives ayant créé le CM et le CII. De ce fait, il est actuellement ardu de déterminer à quel conseil professionnel cet extrait fait référence ou encore s'il s'applique.

³³³ Le ROAÉ précise que « le comité consultatif à la direction générale doit analyser et faire au directeur général les recommandations qu'il juge nécessaires en ce qui concerne : (...) 5° l'élaboration du plan d'organisation du centre hospitalier. À cette fin, le comité consultatif à la direction générale doit comprendre, en plus des personnes qui le composent en vertu de l'article 16, une personne désignée par le conseil consultatif du personnel clinique » (art. 17, al. 1, par. 5 ROAÉ).

³³⁴ Soit les chefs de département clinique, le chef du département de pharmacie et le directeur des services professionnels.

³³⁵ À savoir le médecin examinateur.

³³⁶ En cas de refus du directeur des soins infirmiers de limiter ou suspendre l'exercice de certaines activités normalement réservées aux médecins par une infirmière, pour un motif disciplinaire ou d'incompétence, notamment sur avis du chef de département clinique ou du directeur des services professionnels (art. 207.1 LSSSS).

CONCLUSION

L'histoire semble démontrer que les grandes réformes de type « *big bang* » ne présentent que peu de potentiel pour modifier les racines des obstacles à la collaboration interprofessionnelle. Ces obstacles sont, notamment, l'historique du pouvoir médical, le mode de rémunération des médecins et les modalités de financement des établissements sous-optimaux, la mécanique en silo du système professionnel et des modes de gouvernance qui semblent recréer ces silos professionnels (voir même recréer la prédominance du pouvoir médical). Ces obstacles peuvent nuire grandement à l'implantation d'innovations en matière d'intégration et de collaboration interprofessionnelle. La capacité de saisir les opportunités dans l'ère du temps pour apporter des changements progressifs présente un potentiel important pour mieux combler les besoins de la population tout en se fiant sur les données probantes et l'expertise des divers groupes de personnes intéressées à participer à la gouverne du système de santé et de services sociaux – les professionnels de la santé étant un groupe parmi d'autres. La refonte de la LSSSS, inévitablement à venir, présente l'une de ces opportunités d'apporter des améliorations significatives aux mécanismes de gouvernance des établissements publics en relation avec la collaboration interprofessionnelle et l'intégration clinique des services. Il faut impérativement développer le leadership de ces instances en matière de collaboration interprofessionnelle et de gouvernance clinique, afin que ce leadership se transpose dans les équipes professionnelles. Cette intégration clinique et cette collaboration sont nécessaires pour répondre aux défis de l'accélération du vieillissement de la population, de la multiplication des maladies chroniques et du désir exprimé par les personnes de vieillir en ayant une qualité de vie qui leur permettent d'accomplir les rôles sociaux qui leur sont significatifs, notamment.

Certains chercheurs ont analysé les types de gouverne qui pouvaient représenter une avenue prometteuse pour les organisations publiques de santé et de services sociaux³³⁷. Le fait notamment de permettre un leadership d'émergence, c'est-à-dire de créer un espace pour que les interactions entre les divers professionnels au bas de la structure hiérarchique puissent avoir lieu et puissent mener à une réponse collective aux besoins des usagers dans

³³⁷ Paul A. LAMARCHE, *Mémoire déposé par Paul A. Lamarche Professeur titulaire, Département d'administration de la santé, École de santé publique, Université de Montréal. À la Commission parlementaire de la santé et des services sociaux. Pour l'étude du projet de loi 20, 2015.*

des secteurs précis, est préconisée par plusieurs chercheurs en administration de la santé. Les conseils professionnels pourraient avoir un rôle à jouer à ce niveau, lequel doit impérativement être mieux défini et plus explicite en termes de collaboration interprofessionnelle en gouvernance.

D'abord, la LSSSS pourrait être modifiée de telle sorte que l'on instaure une obligation de consulter conjointement les trois conseils professionnels pour élaborer des protocoles cliniques ou règles de soins collectives, lorsque requis, particulièrement pour les problématiques complexe telles que les maladies chroniques, les problématiques de santé mentale, les soins palliatifs, le développement global des enfants ou la perte d'autonomie liée au vieillissement. Par exemple, l'adoption de protocoles et l'organisation des services en lien avec l'entrée en vigueur de la *Loi concernant les soins de fin de vie* auraient dû mener à une collaboration inter conseils professionnels pour bien intégrer les dimensions médicales, psychologiques et sociales des soins de fin de vie et de l'aide médicale à mourir. Il est à propos de questionner pourquoi, en 2017, dans les nouveaux changements législatifs ou politiques, on oublie encore de réfléchir en termes de collaboration interprofessionnelle inclusive et de gouvernance clinique, en fonction des compétences actuelles de tous les professionnels qui œuvrent dans le réseau.

Le CSBE soulignait il y a presque 10 ans que la gestion du système devait dépasser la gestion administrative et inclure des mécanismes pour la gouvernance des activités cliniques en fonction des meilleures pratiques reconnues. Des outils doivent être développés pour permettre aux équipes de cibler les clientèles en besoin de services et évaluer les résultats des services rendus sur la santé de groupes ciblés de la population. Parmi les résultats des services qui seraient pertinents à évaluer, la collaboration entre conseils professionnels pourrait mener à suivre ce genre de résultats de soins : Est-ce que nos services font en sorte que les personnes âgées demeurent à domicile ? Quel est le taux d'isolement social parmi les personnes qui vivent avec une incapacité physique ? Quel est le taux de personnes ayant un handicap qui s'empêchent de participer à une activité parce que l'environnement physique est mal adapté ou encore parce qu'elles ne se considèrent pas en sécurité pour se déplacer ? Quel est le résultat des différentes interventions qui existent pour traiter la douleur lombaire ? Priorise-t-on les interventions qui entraînent les meilleurs résultats pour

un minimum de ressources investies, par exemple dans le cas du traitement de la douleur lombaire ou le traitement de la dépression ?

La gouverne clinique concerne principalement la planification des actes cliniques en fonction des réalités locales et vise un arrimage entre les données probantes et les pratiques « du terrain ». Elle correspond à une gestion des services qui vise à prévoir et à coordonner l'action de l'ensemble de l'équipe de manière fluide et complémentaire et représente un élément central des modèles intégrés de gestion des maladies chroniques. Ces guides ou ces protocoles interdisciplinaires sont très peu développés au sein des organisations de santé en première ligne, où les usagers doivent naviguer entre des cabinets privés ou GMF, l'urgence de l'hôpital, le CLSC et une multitude de professionnels offrant des services complémentaires dans la sphère privée.

Ainsi, les conseils professionnels devraient être structurés de telle sorte qu'ils soient des moteurs de la gouvernance clinique. Ils devraient être, à influence égale, des acteurs de changement favorisant l'implantation des modèles de services novateurs, non pas en fonction des intérêts corporatifs, mais en fonction des intérêts de la population à desservir. Avec cette responsabilité accrue qui pourrait être octroyée aux conseils professionnels, viendrait un certain degré d'imputabilité, en lien avec les objectifs stratégiques de l'établissement. Cette imputabilité pourrait être partagée (ou collective) entre les différents conseils professionnels, pour ce qui est du volet de la gouvernance clinique. Le CA ainsi que le PDG seraient ainsi en position de collaborer avec trois conseils professionnels d'importance égale, au sein d'une structure professionnelle équitable et équilibrée.

Deux options de réforme législative semblent pertinentes. La première option serait de rééquilibrer les mandats et la portée de l'influence des trois principaux conseils professionnels, en élargissant le mandat du CII et du CM, et en s'assurant que les ressources soient mises à la disposition de chacun des conseils pour qu'ils accomplissent leur mandat. Il faudrait s'assurer qu'il soit reflété dans la LSSSS que ces trois conseils sont névralgiques pour réaliser la mission des CLSC, des centres de réadaptation, des CPEJ, des CHSLD et des hôpitaux. Ainsi, le CM et le CII seraient également interpellés pour donner leur avis ou recommandations sur les règles de soins (ou règles de services) et les règles d'utilisation des ressources, et ils seraient responsables d'évaluer explicitement la qualité et la pertinence des pratiques professionnelles (unidisciplinaires ou interdisciplinaires). De même, le ROAÉ

prévoirait explicitement les comités devant minimalement être formés par le CII et le CM, à l'instar du CMDP. Le CII et le CM feraient également partie d'office du comité consultatif à la direction générale, afin de participer notamment à l'élaboration des orientations et priorités stratégiques et à l'identification des moyens à mettre en œuvre pour assurer une complémentarité des services et pour que ceux-ci répondent « aux besoins de la population à desservir, compte tenu des ressources disponibles et de la nécessité de fournir des services adéquats »³³⁸.

La deuxième option serait de repenser la structure de gouvernance professionnelle du réseau d'établissements publics pour réduire le nombre de structures et procéder à leur intégration en un seul conseil professionnel interdisciplinaire, qui aurait la flexibilité nécessaire pour permettre une juste représentation de la diversité des professionnels et qui pourrait créer les comités nécessaires pour réaliser certains mandats plus spécifiques à une profession, par exemple. Ce conseil interprofessionnel pourrait avoir les mandats suivants :

- Apprécier et améliorer la qualité et la pertinence des activités des professionnels de la santé et des services sociaux, incluant médecins, infirmières, professionnels en réadaptation, professionnels en services sociaux et professionnels en santé physique, qui offrent des soins et services directs ou indirects à la population au sein de l'établissement. Pour ce faire, des comités de pairs interdisciplinaires ou unidisciplinaires peuvent être mis sur pied, de même que des comités d'évaluation continue des activités professionnelles.
- Faire des avis et recommandations au CA ou au PDG sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres, les règles de soins ou règles de services, les règles d'utilisation des médicaments, l'organisation scientifique et technique du centre, les règles d'utilisation des ressources, la distribution appropriée des soins et services, la complémentarité des services ou toute autre question portée à son attention par le CA ou le PDG – et ce en tenant compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers, de l'organisation de l'établissement et des ressources dont dispose cet établissement.

³³⁸ ROAÉ, art. 17, par. 2.

- Favoriser l'implantation des modèles novateurs et efficaces de pratiques professionnelles en santé et services sociaux.

Dans le contexte actuel, la première option est la plus réaliste, car comme analysé dans cet essai, les obstacles à la collaboration interprofessionnelle sont nombreux, tant au niveau systémique qu'au niveau des équipes elles-mêmes, et la culture de collaboration n'est probablement pas suffisamment développée à ce jour pour que les cliniciens adhèrent à une telle vision intégrée.

Une autre piste de solution qui est liée avec une refonte de la LSSSS concerne son interprétation par les tribunaux, en relation avec l'interprétation du *Code des professions* et autres lois associées, le cas échéant. Cette piste consisterait en le fait de favoriser la reconnaissance, par les tribunaux, de la complémentarité des compétences professionnelles et de l'importance de la collaboration interprofessionnelle. Ainsi, en cas d'ordonnance de traitement³³⁹ ou encore en cas d'« expertise médicale » requise pour statuer sur la capacité à la conduite automobile³⁴⁰, le suivi demandé par le tribunal ou l'appréciation par ce dernier refléterait cette reconnaissance des compétences propres à chaque profession et de l'interdisciplinarité. Par exemple, dans le cas d'une ordonnance de traitement, le suivi demandé par le tribunal pourrait prendre la forme d'un comité interdisciplinaire ad hoc et les rapports et documents qui en découleraient devraient se retrouver dans le dossier de l'utilisateur (et non dans les dossiers du CMDP), et les conseils professionnels devraient être informés des soins et services fournis dans ces situations³⁴¹.

En somme, cet essai a fait une étude des obstacles juridico-politiques à la collaboration interprofessionnelle, en vue d'analyser les enjeux systémiques qui nécessitent une plus grande attention du législateur. Ces enjeux systémiques, s'ils étaient traités résolument par le législateur, auraient un fort potentiel d'accélérer l'implantation des pratiques novatrices en matière d'intégration des services.

³³⁹ J.-P. MÉNARD, préc., note 281; Annie RAINVILLE, « Le droit d'être entendu des personnes vulnérables : recommandations pour sauvegarder et améliorer ce droit fondamental », dans Service de la formation continue, Barreau du Québec, La protection des personnes vulnérables (2015), Cowansville, Éditions Yvon Blais 1.

³⁴⁰ J. PERREault, préc., note 33.

³⁴¹ J.-P. MÉNARD, préc., note 281.

D'abord, les obstacles liés aux racines historiques de la prédominance du pouvoir médical ont été étudiés. Il a été possible de constater que lors de la plupart des grandes réformes du système de santé et de services sociaux (instauration de l'assurance maladie, élaboration et révision de la LSSSS), les regroupements médicaux ont investi massivement l'espace public pour faire valoir en premier lieu les intérêts corporatifs de la profession, et peu l'intérêt collectif. Cette résistance médicale lègue encore aujourd'hui une pratique médicale peu intégrée au reste du réseau, mettant en scène des médecins qui pratiquent encore majoritairement en mode individuel tout en étant payés en grande partie à l'acte. L'historique des revendications des regroupements médicaux met également en relief que les autres groupes de professionnels ont tenté de tirer leur épingle du jeu également, notamment en entraînant la création du CM et du CII dans la LSSSS, en contrepoids au pouvoir médical. On peut affirmer que ce contrepoids est somme toute insuffisant et certains modes de gouvernance dans la LSSSS demeurent imprégnés de la dominance du volet médical.

Ensuite, les obstacles liés au contexte économique du système de santé et de services sociaux ont été abordés. Il ressort que la prépondérance de la rémunération à l'acte qui subsiste encore à ce jour ne favorise pas la collaboration interprofessionnelle, car ce mode est peu adaptée notamment à l'intervention auprès de personnes ayant des maladies chroniques. Il ressort également que le contexte de financement des établissements publics a peu évolué depuis la mise en place du réseau. La structure de financement demeure fortement influencée par la *Loi canadienne sur la santé*³⁴², adoptée en 1984. En effet, le système de santé québécois permet que soient assurés publiquement les soins offerts par les médecins ainsi que ceux offerts par les établissements gérés publiquement (CISSS et CIUSSS), avec un fort accent sur la gratuité en milieu hospitalier. Il n'est pas étonnant qu'encore à ce jour, la structure de financement mette l'accent prioritairement sur la pratique médicale et les centres hospitaliers, ce qui se reflète également dans les décisions d'allocation des ressources financières au sein des établissements.

³⁴² La *Loi canadienne sur la santé* énonce à l'article 2 (définitions), que les services de santé assurés sont des « services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire fournis aux assurés (...). » Également, les services médicaux sont qualifiés ainsi : « services médicalement nécessaires fournis par un médecin. » (LCS, art. 2). Pour leur part, les soins à domicile, les soins ambulatoires et les soins en établissements pour adultes sont qualifiés de « services complémentaires de santé » (LCS, art. 2).

De surcroît, les obstacles liés à l'encadrement professionnel des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux ont été abordés. Cette section conclut en premier lieu que les ordres professionnels représentent un acteur puissant qui module les réformes législatives et politiques, et en second lieu que cet encadrement professionnel ne semble pas être structuré de façon à être un accélérateur de la collaboration interprofessionnelle, mais représente plutôt un obstacle. Quoi que la mission de protéger le public soit fondamentale, la population attend toujours, par exemple, l'implication massive d'infirmières praticiennes spécialisées pouvant exercer librement dans le réseau et se retrouve encore à ce jour sur de multiples listes d'attente, notamment en attendant que le Collège des médecins autorise les autres professionnels à exercer des « actes médicaux » pourtant partie intégrante de leur formation professionnelle. Ainsi, une structure d'encadrement plus souple des champs d'exercice et des activités réservées par les ordres professionnels est toujours attendue, notamment dans le but d'accélérer la collaboration interprofessionnelle.

L'essai aborde enfin les structures de gouvernance des établissements publics de santé et de services sociaux, principalement en procédant à une analyse des mandats législatifs des conseils professionnels. Ces conseils professionnels font partie de la haute administration d'un établissement, puisque reliés directement au CA, et ont des mandats apparentés à ce qui est attendu du concept de gouvernance clinique, modèle novateur de gestion qui est peu implanté au Québec. L'analyse met en relief l'important écart entre le pouvoir d'influence des médecins (via le CMDP) et celui des autres professionnels de la santé (via le CM et le CII), sur l'organisation et la distribution des services. Par exemple, le CMDP est régulièrement appelé à fournir une rétroaction préalable (à l'adoption de règles, de procédures, de politiques, pouvant toucher ses membres), alors que ce n'est pas (ou peu) le cas pour le CM et le CII. Il ressort également que ce mode de gouvernance que constitue le conseil professionnel unidimensionnel (principalement le cas pour le CMDP et le CII), n'est pas structuré pour inciter à la collaboration interprofessionnelle. D'une part, parce que ce mode de gouvernance transpose en quelque sorte les silos inhérents au système professionnel dans la gouvernance des établissements, mais aussi parce que bien peu d'incitatifs sont présents, dans la LSSSS ou dans les récentes lois (ex. : *Loi concernant les soins de fin de vie*), pour accélérer la collaboration dans l'élaboration de normes cliniques communes pour gouverner les pratiques professionnelles.

L'idée d'une (autre) réforme de la LSSSS n'a pas la prétention d'accélérer à elle seule l'intégration des services (puisque maintes tentatives ont été faites), mais comme elle est inévitable dans un avenir rapproché, pourquoi ne pas opérer une « réforme collaborative » en y insérant tous les outils pertinents pour créer un contexte favorisant une gouvernance clinique intégrée et inclusive ? Il serait judicieux que ces conseils professionnels soient imputables envers la population pour répondre aux questions suivantes : Qu'avons-nous fait pour diminuer les listes d'attente ? Qu'avons-nous fait pour assurer à chaque personne un professionnel pertinent au moment opportun pour adresser sa maladie ou favoriser son bien-être ? Qu'avons-nous fait pour que notre organisation soit arrimée aux données probantes ? Voilà des indicateurs pertinents pour lesquels ces conseils devraient être imputables, mais auxquels on devrait également fournir le contexte et les ressources nécessaires pour qu'elles y arrivent convenablement.

BIBLIOGRAPHIE

LÉGISLATION ET RÉGLEMENTATION

Textes fédéraux

Loi canadienne sur la santé, LRC, 1985, c. C-6.

Textes québécois

Code des professions, RLRQ, c. C-26.

Loi concernant les soins de fin de vie, RLRQ, c. S-32.0001.

Loi médicale, RLRQ, c. M-9.

Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux, LQ 2017, c. 21.

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, LQ, 2002, c. 33.

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, LQ, 2009, c. 28.

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, RLRQ, c. O-7.2.

Loi sur l'assurance maladie, RLRQ, c. A-29.

Loi sur les infirmières et les infirmiers, RLRQ, c. I-8.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. S-4.2.

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, RLRQ, c. S-5, r. 5.

Textes provinciaux

The Saskatchewan Medical Care Insurance Act, R.S.S., c. 255, 1961, en ligne : <http://www.qp.gov.sk.ca/documents/english/statutes/historical/1965-CH-255.pdf> (consulté le 10 janvier 2017).

JURISPRUDENCE

Jurisprudence québécoise

Giroux c. Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR), 2009 QCCS 1130.

Gowling Lafleur Henderson s.r.l. c. Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens Hôpital Jean-Talon, (2005) CanLII 3422 (QC CQ).

DOCTRINE

Monographies et ouvrages collectifs

ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC, *Mise en place des centres de santé et de services sociaux. Outils de gestion*, 2e éd., Montréal, 2004, en ligne : <http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/Guide_Fusion_csss_accQ_20040601.pdf?Archive=107170292535&File=Guide_Fusion_csss_ACCQ_20040601_pdf> (consulté le 18 mars 2017).

BOURASSA-FORCIER, M. et A.-M. SAVARD (DIR.), *Droit et politiques de la santé*, Montréal, LexisNexis, 2014.

BOURASSA FORCIER, M., A.-M. SAVARD, H. BEAUSÉJOUR-GAGNÉ et S. CAIN, *L'encadrement juridique du panier public des services de santé et de services sociaux au Québec*, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2017.

DESLAURIERS, S., *L'accessibilité aux services de physiothérapie en clinique externe dans les centres hospitaliers du Québec*, mémoire de maîtrise, Québec, Faculté de médecine, Université Laval, 2016.

FACAL, J., *Volonté politique et pouvoir médical. La naissance de l'assurance maladie au Québec et aux États-Unis*, Montréal, Les Éditions du Boréal, 2006.

ISSALYS, P. et D. LEMIEUX, « Les établissements publics », dans *L'action gouvernementale - Précis de droit des institutions administratives*, 3e éd., Montréal, Éditions Yvon Blais, 2009.

LAVERDIÈRE, M. et C. RÉGIS, « Comprendre les conflits interdisciplinaires pour mieux y faire face : un défi pour le système professionnel québécois », dans Catherine RÉGIS, Lara KHOURY et Robert P. KOURI, *Les grands conflits en droit de la santé*, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2016.

LÉGER-RIOPEL, N., *Le contrôle de l'activité du médecin exerçant en centre hospitalier*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2012.

LÉGER-RIOPEL, N., *Le contrôle de l'activité du médecin en centre hospitalier*, mémoire de maîtrise, Montréal, Faculté de droit, Université de Montréal, 2011, en ligne : <<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/7009>> (consulté le 4 novembre 2016).

PERREAULT, K., *Pratiques interprofessionnelles des physiothérapeutes qui œuvrent dans le secteur privé au Québec auprès de personnes présentant de la douleur lombaire*, thèse de doctorat, Québec, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, 2013.

Articles de revues

AL, M. J., T. FEENSTRA et W. B. F. BROUWER, « Decision makers' views on health care objectives and budget constraints: results from a pilot study », (2004) 70-1 *Health Policy* 33.

ARYA, D. et T. CALLALY, « Using continuous quality improvement to implement a clinical governance framework in a mental health service », (2005) 13-3 *Australasian Psychiatry: Bulletin Of Royal Australian And New Zealand College Of Psychiatrists* 241.

AUBÉ, G., « Collaborations interprofessionnelles en contexte de détermination de l'incapacité », (2008) 1 *Cours de perfectionnement du notariat* 1.

- BARNETT, K., S. W. MERCER, M. NORBURY, G. WATT, S. WYKE et B. GUTHRIE, « Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study », (2012) 380-9836 *The Lancet* 37.
- BELCHE, J.-L., M.-A. BERREWAERTS, F. KETTERER, G. HENRARD, M. VANMEERBEEK et D. GIET, « De la maladie chronique à la multimorbidité : quel impact sur l'organisation des soins de santé ? », (2015) 44-11 *La Presse Médicale* 1146.
- BRAULT, I., D. A. ROY et J.-L. DENIS, « Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. », (2008) 39-3 *Pratiques et Organisation des Soins* 167.
- BRETON, M., L. MAILLET, I. PARÉ, S. ABOU MALHAM et N. TOUATI, « Perceptions of the first family physicians to adopt advanced access in the province of Quebec, Canada », *The International Journal of Health Planning and Management* 2016
- CONTANDRIOPOULOS, D., A. BROUSSELLE, M. BRETON, E. SANGSTER-GORMLEY, K. KILPATRICK, C.-A. DUBOIS, I. BRAULT et M. PERROUX, « Nurse practitioners, canaries in the mine of primary care reform », (2016) 120 *Health Policy* 682.
- DESCHODT, M., V. CLAES, B. VAN GROOTVEN, K. VAN DEN HEED, J. FLAMAING, B. BOLAND et K. MILISEN, « Structure and processes of interdisciplinary geriatric consultation teams in acute care hospitals: A scoping review », (2016) 55 *International Journal Of Nursing Studies* 98.
- DONGOIS, M., « La survie passe par les soins à domicile », (2016) 2-9 *Actualité Médicale* 14.
- DORAN, T., E. KONTOPANTELIS, J. M. VALDERAS, S. CAMPBELL, M. ROLAND, C. SALISBURY et D. REEVES, « Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework », (2011) 342 *The BMJ* d3590.
- DUBÉ, C., « Les personnes vulnérables et le réseau de la santé et des services sociaux : aux frontières des responsabilités des directeurs généraux des centres hospitaliers », dans Service de la formation continue, Barreau du Québec, *Responsabilités et mécanisme de protection (2004)*, Cowansville, Éditions Yvon Blais.
- DUSSAULT, G., « Les médecins du Québec (1940-1970) », (1975) 16-1 *Recherches sociographiques* 69.
- ESCOLAR-PUJOLAR, A., A. BACIGALUPE et M. SAN SEBASTIAN, « European economic crisis and health inequities: research challenges in an uncertain scenario », (2014) 13 *International Journal for Equity in Health* 59.
- GIROUX, D. et D. STIBRE, « Validation de l'outil d'évaluation de l'aptitude (OÉA): Une étude Delphi », (2015) 34-04 *Canadian Journal on Aging* 524.
- GIROUX, M., G. ROCHER et A. LAJOIE, « Droit de la santé. L'émergence de la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1991 : une chronologie des événements », (1999) 33-3 *Revue Juridique Themis* 659.
- HUDON, R., R. MATHIEU et É. MARTIN, « Pouvoir médical et interventions législatives au Québec, 2001-2008 », (2009) 50-2 *Recherches sociographiques* 255.
- HULME, J. B., B. W. BACH et J. W. LEWIS, « Communication Between Physicians and Physical Therapists », (1988) 68-1 *Physical therapy* 26.

- HUTCHISON, B., J. ABELSON et J. LAVIS, « Primary Care In Canada: So Much Innovation, So Little Change », (2001) 20-3 *Health Affairs* 116.
- JANSEN, L., « Collaborative and Interdisciplinary Health Care Teams: Ready or Not? », (2008) 24-4 *Journal of Professional Nursing* 218.
- LEMIEUX-CHARLES, L. et W. L. MCGUIRE, « What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature », (2006) 63-3 *Medical Care Research and Review* 263.
- LEROUX, J.-F., « La responsabilité médicale dans le contexte de la médecine multidisciplinaire : d'une responsabilité individualisée vers une responsabilité collective », dans Service de la formation continue, Barreau du Québec, *Développements récents en droit médico-légal et responsabilité des chirurgiens (2011)*, Cowansville, Éditions Yvon Blais.
- LINDEKE, L. L. et D. E. BLOCK, « Maintaining Professional Integrity in the Midst of Interdisciplinary Collaboration », (1998) 46-5 *Nursing Outlook* 213.
- LONG, D., R. FORSYTH, R. IEDEMA et K. CARROLL, « The (im)possibilities of clinical democracy », (2006) 15-5 *Health Sociology Review* 506.
- MARCHILDON, G. P. et K. SCHRIJVERS, « Physician resistance and the forging of public healthcare: A comparative analysis of the doctors' strikes in Canada and Belgium in the 1960s », (2011) 55-2 *Medical History* 203.
- MARRA, C. A., L. D. LYND, K. A. GRINDROD, P. JOSHI et A. ISAKOVIC, « Evaluating the labour costs associated with pharmacy adaptation services in British Columbia », (2012) 145-2 *Canadian Pharmacists Journal* 78.
- MARTIN, E., « Des CSSS aux CISSS. Avant d'instaurer les CISSS, quelle leçon avons-nous tirée de la mise en œuvre des CSSS ? », (2016) 13-1 *Perspective infirmière: revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec* 26.
- MCLAUGHLIN, K. A., « The Public Health Impact of Major Depression: A Call for Interdisciplinary Prevention Efforts », (2011) 12-4 *Prevention Science* 361.
- MÉNARD, J.-P., « Soins de fin de vie : de nouveaux droits pour les patients », dans Service de la formation continue, Barreau du Québec, Les soins de fin de vie (dans la foulée de la récente décision de la Cour suprême) (2015).
- MÉNARD, J.-P., « Les requêtes en autorisation de traitements : enjeux et difficultés importantes à l'égard des droits des personnes », dans Service de la formation continue, Barreau du Québec, *Autonomie et protection (2007)*, Cowansville, Éditions Yvon Blais.
- MICKAN, S. M., « Evaluating the effectiveness of health care teams », (2005) 29-2 *Australian Health Review* 211.
- MULLINS, G., « L'accès aux services de santé mentale », (2009) dans Collection de droit 2008-2009, École du Barreau du Québec, n° 13-Justice, société et personnes vulnérables 111.
- MULVALE, G., M. EMBRETT et S. D. RAZAVI, « "Gearing Up" to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework », (2016) 17-83 *BMC Family Practice* 1.
- NANCARROW, S. A. et A. M. BORTHWICK, « Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce », (2005) 27-7 *Sociology of Health & Illness* 897.

PARRISH, E. et A. PEDEN, « Clinical Outcomes of Depressed Clients: A Review of Current Literature », (2009) 30-1 *Issues in Mental Health Nursing* 51.

PERREAULT, J., « Qu'en est-il des opinions et expertises médicales réalisées par des professionnels de la santé, non-médecins, tels les ergothérapeutes? », dans Service de la formation continue, Barreau du Québec, *Accidents d'automobiles (2011)*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 1.

PINEAULT, R., S. PROVOST, M. HAMEL, A. COUTURE et J. F. LEVESQUE, « L'influence des modèles d'organisation de soins de santé primaires sur l'expérience de soins de patients atteints de différentes maladies chroniques », (2011) 31-3 *Maladies chroniques et blessures au Canada* 120.

RAINVILLE, A., « Le droit d'être entendu des personnes vulnérables : recommandations pour sauvegarder et améliorer ce droit fondamental », dans Service de la formation continue, Barreau du Québec, *La protection des personnes vulnérables (2015)*, Cowansville, Éditions Yvon Blais 1.

RAMESH, M., X. WU et A. J. HE, « Health governance and healthcare reforms in China », (2014) 29-6 *Health Policy and Planning* 663.

RÉGIS, C. et A.-M. SAVARD, « L'accès aux soins et aux médicaments au Québec; Entre l'idéal et la réalité », (2009) 40 *R.D.U.S.* 269.

ROGERS, A., I. VASSILEV, M. J. J. PUMAR, E. TODOROVA, M. C. PORTILLO, C. FOSS, J. KOETSENRIJTER, N. RATSIKA, M. SERRANO, I. A. R. KNUTSEN, M. WENSING, P. ROUKOVA, E. PATELAROU, A. KENNEDY et C. LIONIS, « Meso level influences on long term condition self-management: stakeholder accounts of commonalities and differences across six European countries », (2015) 15 *BMC Public Health* 622.

RUSSELL, G. M., S. DAHROUGE, W. HOGG, R. GENEAU, L. MULDOON et M. TUNA, « Managing Chronic Disease in Ontario Primary Care: The Impact of Organizational Factors », (2009) 7-4 *Annals Of Family Medicine* 309.

SALMAN, S., « De certains enjeux en responsabilité médicale des oncologues : les décisions collectives dans le traitement individualisé du cancer », (2015) 45 *R.D.U.S.* 367.

SHORTELL, S. M., J. A. MARSTELLER, M. LIN, M. L. PEARSON, S.-Y. WU, P. MENDEL, S. CRETIN et M. ROSEN, « The role of perceived team effectiveness in improving chronic illness care », (2004) 42-11 *Medical care* 1040.

THOMPSON, S. L. et J. W. SALMON, « Strikes by Physicians: A Historical Perspective toward an Ethical Evaluation », (2006) 36-2 *International Journal of Health Services* 331.

TURGEON, J., R. JACOB et J.-L. DENIS, « Québec : cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010) », (2011) 30-1 *Les Tribunes de la santé* 57.

Documents gouvernementaux

AGGARWAL, M. et B. G. HUTCHISON, *Vers une stratégie des soins primaires pour le Canada*, Ottawa, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 2012, en ligne : <<http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Reports/Primary-Care-Strategy-FR.sflb.ashx>> (consulté le 3 novembre 2016).

ASSOCIATION DES CONSEILS MULTIDISCIPLINAIRES DU QUÉBEC, *Mémoire. Avis de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ) sur le Projet de loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions (Projet de loi n° 99)*, Dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques. Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux, Québec, 2016, en ligne : <<http://www.a-cm-q.com/wp-content/uploads/2017/02/M%C3%A9moire-ACMQ-Projet-de-loi-99.pdf>> (consulté le 4 juillet 2017).

CASTONGUAY, C., J. MARCOTTE et M. VENNE, *Rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé. En avoir pour notre argent : Des services accessibles aux patients, un financement durable, un système productif, une responsabilité partagée*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, en ligne : <http://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/financementsante/fr/rapport/pdf/RapportFR_FinancementSante.pdf> (consulté le 3 novembre 2016).

CASTONGUAY, C. et G. NEPVEU, *L'Assurance-maladie. Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. Volume 1*, Québec, Gouvernement du Québec, 1967.

CASTONGUAY, J., C. MONTMARQUETTE et I. SCOTT, *Analyse comparée des mécanismes de gouvernance des systèmes de santé de l'OCDE. Rapport de projet*, Rapport de projet, 2008RP-02, Montréal, Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations, 2008, en ligne : <<https://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2008RP-02.pdf>> (consulté le 17 avril 2017).

CAVALIERE, R., *Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015, en ligne : <<http://collaborationinterprofessionnelle.ca/wp-content/uploads/2016/02/OIIQ-Enonce-collaboration-professionnelle.pdf>> (consulté le 20 juillet 2017).

CISSS DE CHAUDIÈRE-APPALACHES, « Organigramme des directions du CISSS de Chaudière-Appalaches » (2017), en ligne : <http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/ORG_Organisationnel_CISSCA_V2017-04-01_CSTP.pdf> (consulté le 27 juillet 2017).

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : Recommandations, enjeux et implications*, 2009, en ligne : <http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2009_PremiereLigne/format2pages/csbe-Recommandations-t4-2p-042009.pdf> (consulté le 10 mars 2017).

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010. Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion de maladies chroniques : Recommandations, enjeux et implications*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, en ligne : <http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010/MaladiesChroniques/CSBE_T2-EtatSituationMaladiesChroniques-052010.pdf> (consulté le 3 mars 2017).

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Perceptions et expériences de soins de la population : Le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2013*, Québec, 2014, en ligne :

<<http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3291189>> (consulté le 3 novembre 2016).

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Le projet de loi no 20, L'accès aux services médicaux et les activités de procréation assistée au Québec. Mémoire déposé à la Commission de la santé et des services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, en ligne : <<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2456316>> (consulté le 3 novembre 2016).

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : Le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, 2016, en ligne : <http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2015/CWF/CSBE_Rapport_CWF_2015.pdf> (consulté le 3 novembre 2016).

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Perceptions et expériences de la population : Le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2016*, Québec, 2017, en ligne : <http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/CWF/CSBE_CWF_2016_Rapport_Résultats.pdf> (consulté le 17 janvier 2017).

CONSORTIUM PANCANADIEN POUR L'INTERPROFESSIONNALISME EN SANTÉ, *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*, Vancouver, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2010, en ligne : <http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf> (consulté le 8 novembre 2016).

CÔTÉ, G. et C. LANCTÔT, *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, en ligne : <<http://deslibris.ca/ID/225978>> (consulté le 5 juillet 2017).

DENIS, J.-L., M.-P. POMEY, R. BORGÈS DA SILVA, C. CAMBOURIEU, C.-A. DUBOIS, R. PINEAULT et C. RÉGIS, *Rémunération médicale et gouvernance clinique performante : une analyse comparative. Rapport de recherche Programme Actions concertées. Regards sur les modes de rémunération des médecins*, Montréal, Fonds de recherche Société et Culture, 2017, en ligne : <http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC_DenisJ-L_rapport_Remuneration-medicale.pdf/c04d90d6-ef8c-4919-b921-ee508d62aa76> (consulté le 13 mars 2017).

DOBKIN, P. L. et L. J. BOOTHROYD, *Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse). Organisation des services de santé*, ETMIS 2006, vol. 2 (4), Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, 2006, en ligne : <<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/55541>> (consulté le 13 décembre 2016).

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Les soins de santé au Canada 2012. Regard sur les temps d'attente*, Ottawa, 2012, en ligne : <https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC2012-FullReport-FRweb.pdf> (consulté le 17 juillet 2017).

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Les médecins au Canada, 2015. Rapport sommaire*, Ottawa, 2016, en ligne : <https://secure.cihi.ca/free_products/Rapport_Sommaire_2015_FR.pdf> (consulté le 14 mars 2017).

KHAN, S., C. MCINTOSH, C. SANMARTIN, D. WATSON et K. LEEB, *Les équipes de soins de santé primaires et leur effet sur les processus et les résultats des soins*, Série de documents de travail de la recherche sur la santé, 82-622-X no 002, Ottawa, Statistique Canada, 2008, en ligne : <<http://www.deslibris.ca/ID/214274>> (consulté le 4 novembre 2016).

LAMARCHE, P. A. *Mémoire déposé par Paul A. Lamarche Professeur titulaire, Département d'administration de la santé, École de santé publique, Université de Montréal. À la Commission parlementaire de la santé et des services sociaux. Pour l'étude du projet de loi 20*, 2015.

LAMARCHE, P. A., R. PINEAULT et Y. BRUNELLE, *Modes d'organisation des services prometteurs pour le Québec. Rapport déposé au Groupe de travail sur le financement des services de santé du Québec*, Montréal, 2007, en ligne : <http://www.financementsante.gouv.qc.ca/financementsante/fr/etudes/pdf/Etude_PLamarche.pdf> (consulté le 3 novembre 2016).

LEMOINE, O., B. SIMARD, S. PROVOST, J.-F. LEVESQUE, R. PINEAULT et P. TOUSIGNANT, *L'évolution de l'organisation et de la performance des services de première ligne (2005-2010) dans deux régions du Québec : Montréal et Montérégie. Rapport descriptif global de l'enquête populationnelle sur l'expérience de soins à Montréal et en Montérégie*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec, 2011, en ligne : <<http://www.ledevoir.com/documents/pdf/inspq.pdf>> (consulté le 3 novembre 2016).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de gestion. Groupe de médecine de famille (GMF). Groupe de médecine de famille-Réseau (GMF-R)*, Gouvernement du Québec, 2015, en ligne : <<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2699513>> (consulté le 17 avril 2017).

NELSON, S., J. TURNBULL, L. BAINBRIDGE, T. CAULFIELD, G. HUDON, D. KENDEL, D. MOWAT, L. NASMITH, B. POSTL, J. SHAMIAN et I. SKETRIS, *Optimisation des champs d'exercice. De nouveaux modèles de soins pour un nouveau système de soins de santé. Rapport du comité d'experts nommés par l'Académie canadienne des sciences de la santé*, Ottawa, Académie canadienne des sciences de la santé, 2014, en ligne : <http://www.cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2014/11/Optimisation-des-champs-d%23U2019exercice_RAPPORT-French1.pdf> (consulté le 3 novembre 2016).

PINEAULT, R., J.-F. LEVESQUE, D. ROBERGE, M. HAMEL, P. LAMARCHE et J. HAGGERTY, *L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec. Rapport de recherche soumis aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et à la Fondation Canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)*, Longueuil, Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine ; Gouvernement du Québec, 2008, en ligne : <<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1870263>> (consulté le 3 novembre 2016).

PINEAULT, R., P. TOUSIGNANT, D. ROBERGE, P. LAMARCHE, D. REINHARZ, D. LAROUCHE, G. BEAULNE et D. LESAGE, *Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec : Rapport détaillé*, Montréal, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005, en ligne : <<http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/Montreal/2894944330.pdf>> (consulté le 2 novembre 2016).

PLOURDE, P., *Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD. Collaboration interprofessionnelle*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du

Québec, 2016, en ligne : <<http://collaborationinterprofessionnelle.ca/wp-content/uploads/2017/01/8472-expertises-prof-besoins-pers-chsld-coll-inter-20170116.pdf>> (consulté le 4 juillet 2017).

ROCHON, J., *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 1988.

ROMANOW, R. J., *Guidé par nos valeurs. L'avenir des soins de santé au Canada. Rapport final*, Saskatoon, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002, en ligne : <<http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3249448>> (consulté le 15 mars 2017).

SMITH, J., *Innovation technologique dans les soins de santé. Rapport du Comité permanent de la santé*, Ottawa, Chambre des communes du Canada, 41^e législature, première session, 2013, en ligne : <<http://www.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/411/HESA/Reports/RP6221741/hesarp14/hesarp14-f.pdf>> (consulté le 1 mars 2017).

UNITÉ D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ, *Évaluation des cliniques interdisciplinaires musculosquelettiques en orthopédie: le modèle du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable*, Sherbrooke, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 2011, en ligne : <http://www.chus.qc.ca/fileadmin/doc_chus/Volet_academique_RUIS/ETMIS/Evaluation_muscolo_CSSS_AE_26-04-2011_UETMIS_CHUS.pdf> (consulté le 3 novembre 2016).

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016. Vérification de l'optimisation des ressources*, Québec, Vérificateur général du Québec, 2015, en ligne : <http://www.vgg.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2015-2016-VOR-Automne/fr_Rapport2015-2016-VOR.pdf> (consulté le 14 mars 2017).

Documents internationaux

HEALTH PROFESSIONS NETWORKS et NURSING & MIDWIFERY HUMAN RESOURCES FOR HEALTH, *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*, Genève, World Health Organization, 2010, en ligne : <http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/> (consulté le 8 décembre 2016).

Dictionnaires et ouvrages de références

MARANDO, N. et J.-F. BUSSIÈRES, « Dictionnaire – Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens », *Histoire de la pharmacie au Québec* (2013), en ligne : <<https://histoirepharmacie.wordpress.com/2013/03/14/dictionnaire-conseil-des-medecins-dentistes-et-pharmaciens/>> (consulté le 15 juillet 2017).

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, « Services médicaux – Service assurés (couverts) », en ligne : <<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/soins/Pages/services-medicaux.aspx>> (consulté le 15 mars 2017).